THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/ducoryza0000pier

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — THÈSE — N° 400

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1907, à 1 heure

PAR

Pierre HYBORD
Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU CORYZA

Chez le Nouveau-Né

Président : M. GAUTIER, *professeur*

Juges { MM. GARIEL, *professeur*
POUCHET, *professeur*
André BROCA, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE
15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER BERGER RECLUS
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	N... PINARD
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef des travaux anat.
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	
BROCA (André)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MERY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Coryza chez le Nouveau-Né

AVANT-PROPOS

Avant que de tracer les premières lignes de notre thèse inaugurale, nous avons à cœur de remercier nos maîtres qui, pendant nos années d'étude, nous ont, par leurs conseils et leur savoir, initié à la science de la médecine.

Ce fut à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr Blum, que nous avons ressenti nos premières émotions médicales. En lui nous avons trouvé un maître, qui, se souvenant de son ancienne amitié et vieille camaraderie pour le père, a bien voulu témoigner au fils un intérêt tout particulier. C'est à lui que doit aller tout d'abord notre reconnaissance.

M. le Dr Armand Siredey, médecin de l'hôpital

Saint-Antoine, a été pour nous, comme stagiaire d'abord, puis plus tard comme externe, un maître plein de sollicitude, ne sachant marchander ni son temps ni sa peine pour nous apprendre les premières notions de médecine et de gynécologie. Nous tenons à l'en remercier bien vivement ici.

Dans le service de M. le Dr Thiéry, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, nous avons passé notre première année d'externat. Ses leçons continuelles de pathologie chirurgicale, ses conseils multiples, les facilités qu'il nous laissa toujours dans l'accomplissement des opérations de chirurgie courante, nous seront dans la pratique d'un précieux secours.

A l'hôpital de la Pitié nous trouvâmes en M. le Dr Dalché un maître dévoué, nous témoignant sans cesse un intérêt tout spécial et une affabilité toute particulière. En dehors de la reconnaissance que nous lui devons d'avoir, par ses conseils et son enseignement quotidiens, augmenté notre bagage scientifique, nous lui garderons toujours une véritable affection.

C'est à M. le professeur Budin que nous devons toutes nos connaissances en obstétrique : son enseignement magistral nous servira plus d'une fois par la suite. Ce fut lui qui fut l'inspirateur de cette thèse dont il devait être le président. Sa mort si soudaine et si imprévue fut particulièrement ressentie par nous qu'il avait toujours honoré d'une bienveillance toute spéciale.

A la clinique Tarnier nous eûmes la chance de recevoir les leçons quotidiennes de M. le Dr Démelin, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux et des Drs Jeannin et Guéniot, chefs de cliniques de la Faculté. Qu'ils nous laissent leur dire combien nous avons été touché de leurs encouragements et de leurs conseils.

Nous tenons à remercier notre excellent ami, le Dr E. Coudert, chef de clinique à la Faculté, pour les indications et les renseignements qu'il nous a communiqués au sujet de ce travail.

C'est à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le Dr Tuffier, professeur agrégé, que nous avons terminé nos années d'étude. Son enseignement au lit du malade, ses interrogations sans cesse répétées, nous ont toujours été et nous seront toujours de la plus grande utilité.

M. Alexis Julien, professeur libre d'anatomie et de physiologie voulut bien, à maintes reprises, nous aider et nous encourager de ses conseils et de son expérience. Qu'il nous laisse lui dire combien nous lui en sommes reconnaissant.

A M. le professeur Armand Gautier, nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse,

INTRODUCTION

Pendant notre année d'externat à la clinique de la rue d'Assas, nous eûmes la bonne fortune d'être affecté trois mois au service dit de l'Isolement.

Là, notre attention fut très vivement attirée sur une affection frappant les nouveau-nés avec une extrême fréquence : nous voulons parler du *Coryza*.

De forme souvent grave, cette maladie fit de très nombreuses victimes et il n'y eut malheureusement que de très rares cas de guérison.

Sur les conseils de notre excellent et regretté maître, le professeur Budin, nous eûmes alors l'idée de faire, de l'étude de cette maladie, l'objet de notre thèse inaugurale.

Aidé des observations recueillies dans le service, et des conseils de notre ami le Dr Coudert, nous nous étions mis au travail, quand parut un article très documenté du Dr Jeannin sur une variété de coryza à *écoulement citrin*.

En le lisant nous avions pensé tout d'abord que notre travail devenait inutile, puis il nous a semblé que nous pourrions élargir la question, certains points

ayant été forcément laissés dans l'ombre : nous avouons du reste y avoir fait de larges emprunts.

Après un historique très rapide, nous étudierons tout d'abord le *Coryza aigu*. Nous en verrons l'étiologie et la pathogénie, le pronostic, les complications et le diagnostic. Puis nous aborderons la question si importante et encore si controversée du traitement.

Dans un second chapitre, nous verrons une variété de coryza, variété qui, pendant l'année 1904-1905, sévit à la clinique Tarnier, sous forme d'une véritable épidémie : *Le Coryza purulent à écoulement citrin*. Nous terminerons ce travail par l'étude très intéressante du *Coryza syphilitique*.

HISTORIQUE

En feuilletant les *Archives Médicales*, il faut arriver jusqu'au XVII^e^ siècle pour entendre parler de la rhinite du nouveau-né.

En 1673, *Dormer*, d'Iéna, dans son ouvrage : *Casus laborantis coryza...*, dit : « L'on peut voir parfois cette affection sévir chez de jeunes enfants à la mamelle, ce qui peut les empêcher de prendre le sein et les faire mourir. » Et c'est tout ; aucune description étiologique, aucun traitement.

En 1688-1689 paraissent : « *Duæ diss., de coryza.* » de *El. R. Camérarius* de Tübingen. Cet auteur se contente également de signaler la possibilité de cette maladie chez le tout jeune enfant ce qui, dit-il, peut : « entraîner pour lui les plus fâcheuses conséquences. »

Donc jusqu'alors aucun chapitre spécial n'est réservé au coryza du nouveau-né. Tout au plus ces deux auteurs font-ils remarquer que la mort peut survenir du fait de cette affection.

De même *Schaper* de Rostock en 1711, *Rosen de Rosenstein* en 1778, *Lemonnier*, dans sa thèse

de l'an XI, se contentèrent d'étudier cette maladie chez l'adulte et ne consacrèrent que quelques lignes au nourrisson.

Le premier, *Doublet*, en 1781, étudie, rapidement du reste, la question du coryza syphilitique.

« La face est souvent livide, terreuse, quelquefois la peau est noire et desséchée ; ce ne sont plus les traits de l'enfance, les rides, les plis et les contractions de la douleur en font la miniature de la décrépitude. Les narines exsudent quelquefois une humeur purulente, et d'autres fois sont bouchées par un mucus sanieux desséché. »

En 1819, *Caperon*, fait une légère esquisse du coryza du nouveau-né.

En 1820, *Rayer* fait paraître une note sur le « Coryza des enfants à la mamelle ». Il en indique assez longuement les symptômes : « ces crises d'éternuement, de respiration bruyante accompagnée d'un sifflement qui se passe dans les fosses nasales ». Puis il ajoute : « les petits malades ne peuvent respirer et cela davantage à mesure que les mucosités nasales deviennent plus visqueuses et plus abondantes.»

Il fera aussi remarquer l'impossibilité où se trouve parfois l'enfant à prendre le sein et les accès de cyanose qui peuvent survenir. Et il écrit en finissant : « Il n'est pas rare de voir les petits malades succomber assez promptement, épuisés tout à la fois de fatigue, de douleur et d'inanition. »

En 1831 *Dupuch-Lapointe* fera les mêmes remarques. *Billard*, en 1833, dans son livre sur les maladies

des enfants nouveau-nés, décrit une sorte de coryza auquel il donne le nom de *pseudo-membraneux*.

Puis, en 1835, *Chomel* et *Blache* consacreront quelques lignes au coryza infantile dans le *Dictionnaire de médecine*.

Voici quel était alors le traitement proposé : existait-il une inflammation intense, observait-on des symptômes de congestion cérébrale, il fallait faire une légère saignée, donner des « lavements laxatifs » et même quelques grains de calomel pour « combattre la constipation et pour opérer une légère révulsion ».

Vers 1848, en Angleterre, *West*, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades à Londres, fait paraître un livre devenu classique de l'autre côté du détroit et qui fut traduit en France par Archambault.

L'auteur, consacrant sa dix-neuvième leçon aux : « Inflammations de la membrane muqueuse respiratoire », en vient à traiter du coryza du nouveau-né. Il fait remarquer la sensibilité au froid de la « membrane muqueuse » des narines, indique l'écoulement nasal épais et jaunâtre, la gêne de la respiration et de la succion. Il décrit également une variété à laquelle il donne le nom de *coryza malin*, caractérisée par l'écoulement d'un pus très épais et ayant pour lui une grande analogie avec la diphtérie. Il parlera, en terminant, de certains coryzas fatiguant par leur continuité pendant des semaines consécutives, bien que n'étant pas d'espèce grave, et il dira qu'alors : « on a presque toujours affaire à la syphilis. Il sera

ainsi le premier à distinguer cette variété syphilitique confondue jusqu'alors en Angleterre avec les coryzas ordinaires.

Le 18 février 1856, à Paris, à l'Académie des Sciences présidée par Binet, *Bouchut* esquisse quelques symptômes et le traitement de la rhinite infantile : « Légère ordinairement, cette affection peut devenir grave, dit-il, par suite d'une forte obstruction des fosses nasales, par d'abondantes et épaisses mucosités car bientôt vont apparaître l'inanition et l'asphyxie. »

Il faut donc, pour lui, obtenir une rapide désobstruction du nez, et pour cela faire des lavages fréquents. Dans le cas où ce moyen ne réussirait pas, il préconise, l'asphyxie étant imminente, l'introduction dans les narines d'une petite canule d'argent recourbée à son extrémité.

En 1861, *Barthez* et *Rilliet ;* en 1865, *Trousseau* et *Lasègue*, puis *Dénos*, 1869, et *Vogel*, en 1872, décrivent à leur tour cette affection, frappés qu'ils étaient de certaines morts rapides du nouveau-né.

Dans son livre des maladies du nouveau-né paru en 1873, *Bouchut* tracera un tableau détaillé du coryza. Passant en revue la rhinite dans ses diverses formes : simple, purulente et syphilitique il citera le premier une observation d'un bébé mort de coryza purulent par aspiration et retrait de la langue en arrière.

Dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu *Trousseau* soutiendra que l'apparition d'un coryza tenace, rebelle,

constitue, dans la presque universalité des cas, le premier signe de la syphilis du nouveau-né.

Avec *Depaul* et *Tarnier* nous aurons de nouvelles notions encore sur la rhinite infantile. Nous verrons, indiqués plus nettement, les causes de cette maladie, ses complications et son traitement : Douches nasales, attouchement des narines à la vaseline mentholée, tous moyens pour obtenir leur désobstruction.

En 1888 dans la *Revue d'Obstétrique*, *Le Gendre* traitera du diagnostic, des complications et du traitement du coryza. Il montrera qu'on pourrait le confondre avec le croup citant une observation personnelle et une autre due à Henock, professeur de Pédiâtrie à Berlin en 1861. Il insistera sur la forme blennorrhagique d'origine maternelle et sur le coryza syphilitique qui, s'il ne faut pas le méconnaître, ne doit pas être vu partout.

Cependant, jusqu'ici, en dehors des descriptions peu étendues et de quelques mots sur les complications et le traitement, on ne trouve nulle part très étudiée la question de l'étiologie et de la pathogénie de la rhinite du premier âge.

Le traitement : les auteurs ne sont pas d'accord. Depuis la saignée ou le calomel en passant par les tubes d'argent de Bouchut, l'on a vu Valleix préconiser, dans certains cas, la trachéotomie. Cette idée fut reprise en 1904 par l'Allemand Heinemann qui cite le cas d'un enfant de quatre semaines, sauvé d'une mort certaine, du fait de cette opération.

Certains voudront les douches nasales liquides

sous forte pression ; les autres, avec Lermoyez, la douche d'air, suivie de l'instillation de quelques gouttes d'huile mentholée au 1/100.

En 1898, *Casacca* choisira pour sujet de thèse l'étude du coryza syphilitique.

En 1899 à la Société de Pédiâtrie, à Paris, *Gastou* signalera la gravité de la rhinite spécifique infantile non seulement par sa nature, mais aussi par elle-même et il se montrera partisan dans ce cas de la douche d'air et des instillations mentholées.

En 1905, *Ballin* et *Wohsen*, en Allemagne, préconisent comme topique excellent du coryza l'emploi de la cocaïne et de la paranéphrine. Si la rhinite se complique de bronchite, Ballin recommande l'adrénaline.

En 1906, *Torday* fait les mêmes remarques. Mais au lieu de la cocaïne seule il vaut mieux employer l'alypine-cocaïne, produit moins toxique.

Cette même année 1906 verra paraître en France un travail original sur un cas particulier de coryza : le coryza purulent à écoulement citrin. Ce fut sur les indications du professeur Budin, dont il était alors chef de Clinique, que *Jeannin* fit paraître, dans l'*Obstétrique*, une étude des plus documentée sur cette question, insistant plus particulièrement sur l'étiologie et la pathogénie.

Le 16 mai 1907 le professeur *Otto Seifert*, de Wurstburg préconisera, dans un travail sur le coryza infantile, les insufflations nasales de bismuth, d'acide

borique et de menthol ou les instillations d'atlypine-cocaïne à 5 o/o.

Qu'on nous pardonne de nous être si longuement étendu sur cette simple question d'historique. Mais il nous a semblé intéressant de montrer les différentes étapes par où a passé l'étude de cette affection qui demeure encore à l'heure actuelle trop fréquente et trop grave.

CHAPITRE PREMIER

Coryza aigu

---

§ 1. — *Etiologie. — Pathogénie*

Presque toujours le coryza du nouveau-né est produit par le *froid*. Presque inconnu en la saison chaude on le voit devenir plus fréquent dès qu'apparaissent les mauvais jours.

Enfant sorti trop tôt après sa naissance ou insuffisamment couvert, enfant séjournant dans une pièce sans feu, ou dans un local humide, enfant exposé à un courant d'air la tête découverte : voilà ceux que guette la rhinite.

Le premier, West (1), en Angleterre, avait remarqué la grande sensibilité au froid de la muqueuse nasale du nouveau-né.

Le séjour trop prolongé du bébé dans l'urine qui le souille est regardé par Depaul (2) comme une cause suffisante à l'éclosion d'un coryza. De même,

---

1. West. *Maladie des enfants*. Traduction d'Archambault.
2. Depaul. Article : « Nouveau-né », *in Dict. des Sc. méd.*

ajoute cet auteur, « la mauvaise habitude qu'ont les mères d'enlever trop tôt les bonnets de leurs enfants amène parfois les accidents les plus funestes par le refroidissement qu'il peut en résulter ».

Mais non seulement l'enfant peut s'enrhumer dans un milieu trop froid, mais aussi par la simple exposition à un feu trop ardent ou aux rayons du soleil si sa tête se trouve insuffisamment protégée.

En dehors du froid, Vogel (1) avait donné comme cause très possible du coryza infantile un excès d'ozone dans l'air, l'altération mécanique ou chimique de ce dernier.

La poussière, le premier feu fait dans un poêle qui n'a pas servi depuis longtemps peuvent être également incriminés.

Il pourrait y avoir aussi possibilité de contagion par l'haleine des individus malades.

On voit, en effet, le coryza sévir parfois sous forme de véritable épidémie dans les maternités. D'un nouveau-né qui en est atteint, le mal ira frapper les autres bébés couchés dans la même salle ou réunis avec lui dans l'endroit commun où se fait le change des langes.

Certains auteurs décrivent une rhinite à forme purulente d'origine maternelle (vaginite, blennorrhagie).

Les affections mammaires de la mère peuvent être également incriminées.

---

1. Vogel. *Maladies de l'enfance.*

La rougeole, la variole, la scarlatine, l'érysipèle, la coqueluche, la grippe peuvent, bien que ce soit l'exception, être causes de coryza secondaire chez le nouveau-né.

Le lymphatisme, la scrofule pourraient être des causes prédisposantes.

Quant à la syphilis héréditaire, elle produirait presque toujours, pour ne pas dire toujours, un coryza tenace qui en serait le premier symptôme. Nous y reviendrons à la fin de ce travail.

Anatomie pathologique. — A l'examen du nez l'on constate que la *muqueuse* est *rouge*, *tuméfiée*. Il y a diminution de consistance de la membrane qui tapisse les fosses nasales : elle devient friable.

Les *sinus* et les *cornets* lui sont plus ou moins adhérents.

La *sécrétion* catarrhale limpide et fluide d'abord devient rapidement *glaireuse* et *trouble*, pouvant être peu abondante ou semblable à un véritable ruisseau s'échappant des narines.

C'est un liquide de réaction alcaline, très riche en soude : « si riche même parfois qu'il peut en résulter une action légèrement corrosive sur la lèvre supérieure et les ailes du nez qui paraissent rouges et érodées » (1).

Les sécrétions contiennent des leucocytes, des épithéliums cylindriques avec ou sans cils vibratils.

Parfois aussi il y a formation de concrétions fibrineuses légèrement adhérentes à la muqueuse.

1. Vogel. *Maladies de l'enfance.*

On trouve dans les fosses nasales un mucus épais, purulent, tenant des fausses membranes en suspension. Billard (1) en 1833 avait observé ce fait cinq fois sur quarante autopsies.

§ 2. — *Description clinique. — Evolution*

C'est le plus souvent à la fin de la première semaine ou au cours de la seconde que le coryza fait son apparition chez le nouveau-né.

Le début est brusque, l'enfant très bien portant la veille au soir encore par exemple, semble un peu plus abattu le lendemain matin. Il y a une légère rougeur sur le bord des narines. L'enfant parfois a éternué une fois dans la nuit mais le sommeil a été bon et il a bien pris le sein. Puis les éternuements se multiplient, la rougeur du pourtour du nez s'accentue et bientôt l'une ou les deux narines sécrètent plus ou moins abondamment un liquide *clair et limpide*. Le coryza est alors constitué. La respiration est peu gênée, les narines n'étant qu'insuffisamment obstruées.

L'allaitement peut être continué sans trop de difficulté et l'enfant, tétant relativement bien, n'a pas pour ainsi dire perdu de poids.

La température reste normale et bientôt en six à neuf jours tout rentre dans l'ordre : un peu fatigué seulement par la crise passée l'enfant est guéri.

---

1. Billard. *Traité des maladies de l'enfance.*

OBSERVATION I (personnelle)

Coryza simple. — Guérison

Enfant V..., né le 15 juillet 1904 à terme. Accouchement spontané. Mère bien portante.

Le 21 juillet, sixième jour après sa naissance, le bébé éternue deux à trois fois de suite. Le pourtour du nez est légèrement rouge et l'on remarque un écoulement nasal très limpide et peu abondant.

Du 22 au 27, l'état reste le même. L'enfant malgré de fréquentes crises d'éternuements prend assez bien le sein et son poids reste à peu près stationnaire.

Le 28, la sécrétion nasale diminue très sensiblement pour cesser le lendemain matin.

Le 30 juillet, cet enfant, pesant 3.475 grammes, est emmené par sa mère, neuf jours après le début du coryza.

Pendant son séjour dans le service on s'est contenté de surveiller l'allaitement et de faire, trois fois par jour et une fois la nuit, des attouchements de ses narines à la vaseline mentholée.

OBSERVATION II (personnelle)

Enfant B..., né le 14 mai 1905.

Le 20 mai, six jours après sa naissance, le nez de cet enfant laisse échapper, par les deux narines, un peu de liquide clair. Un ou deux éternuements dans la matinée. L'enfant tète bien et respire très facilement. Lavage des narines à l'eau bouillie.

Le 21 au matin l'écoulement nasal toujours très clair est fort

abondant, mais dans la soirée il a tendance à diminuer. Le poids de l'enfant est de 3.300 grammes.

Toute sécrétion a cessé dès le 23, l'enfant pèse 3.320 grammes et le lendemain 24, quatre jours après le début de la maladie, la mère emmène son enfant guéri, pesant 3.360 grammes.

Dans l'observation qui suit l'on verra qu'il est survenu une légère conjonctivite catarrhale au cours d'une rhinite banale et d'issue heureuse.

OBSERVATION III (personnelle)

Coryza simple avec conjonctivite catarrhale

Enfant P..., né le 26 juin 1906, pesant 3.350 grammes.

La mère, en parfait état, est une excellente nourrice.

Le 9 juillet, treize jours après sa naissance, l'enfant présente un peu de rougeur du pourtour du nez et un léger suintement clair. L'état général est parfait. Vaseline mentholée dans les narines.

Le 10 juillet, au matin, l'écoulement est peut-être un peu plus abondant que la veille mais toujours clair. Par contre, l'œil gauche est un peu rouge et les cils sont légèrement agglutinés entre eux. Légers lavages oculaires au sérum et instillation entre les paupières de deux à trois gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1/150.

Le 11, le nez ne coule plus, la conjonctivite seule persiste encore. Même traitement.

Le 12 et le 13, l'œil est en voie de guérison et le 15, l'enfant, guéri, est emmené par sa mère.

De ces trois observations découle cette notion à savoir : le peu de gravité et la rapidité d'évolution du coryza simple.

Mais il n'en est pas malheureusement toujours ainsi, comme nous allons le voir en étudiant les symptômes et la marche du coryza purulent.

Ici encore, c'est dans les deux premières semaines de sa vie que l'enfant est le plus exposé à la rhinite purulente. Exceptionnel à la naissance, c'est surtout à partir du second jour que le coryza fait son apparition pour devenir plus rare après le douzième.

Le *début* est brusque. Quelques éternuements ouvrent la scène, puis bientôt apparaît un écoulement qui, *limpide d'abord*, ne tarde pas au bout de quelques heures à un jour à présenter l'aspect franchement *purulent*. Très foncé ou verdâtre, de consistance assez épaisse, crémeuse, ce liquide s'écoule incessamment en plus ou moins grande abondance de l'une ou des deux narines. Parfois il va se concréter et formera des *croûtes* qui obstrueront l'orifice des narines et les irriteront.

Les symptômes importants de cette affection résultent des *troubles respiratoires*. En temps ordinaire l'enfant respire d'une façon silencieuse. Atteint de coryza on le verra, couché dans son berceau, la bouche constamment ouverte. Sa respiration est sifflante accompagnée d'une sorte de ronflement dû au déplacement par l'air des mucosités nasales.

Inspiration buccale, *expiration nasale*, de là deux

sortes de bruits distincts désignés vulgairement *Snuffle* par les Anglais.

Tous ces phénomènes rendent l'allaitement au sein difficile, parfois même impossible dans les cas les plus graves.

L'écoulement purulent étant peu abondant, l'affection peu marquée, l'enfant pourra téter. Mais il sera obligé de faire des efforts, ce qui va vite le fatiguer. Aussi il se nourrira moins bien et perdra de son poids.

Mais quand les fosses nasales sont obstruées et par un écoulement abondant, et par des croûtes tenaces et rebelles au passage de l'air, des symptômes bien significatifs vont apparaître. L'enfant, tiraillé par la faim, se jette goulument sur le sein qu'on lui présente et qui lui remplit complètement sa petite bouche. Dans ces conditions il ne peut respirer que par le nez, mais les narines sont obstruées. On va le voir alors faire des efforts désespérés, quitter en criant le mamelon pour le reprendre bientôt après.

Ses efforts augmentent, il s'asphyxie, se cyanose et brusquement lâche le sein en se rejetant en arrière. Ses cris sont incessants, il s'agite dans un état d'anxiété et de suffocation indicibles, surpris parfois par une violente quinte de toux où, pâmé, presque syncopal, il laisse retomber sa tête sur le sein de sa mère ou de sa nourrice.

C'est alors qu'il faudra essayer de le nourrir à la cuiller.

La *fièvre* est très variable : tantôt nulle, tantôt peu

élevée, elle peut parfois être très marquée au début de la rhinite, atteignant 39, 39,5 et même 40 degrés pour redescendre à 38 ou au-dessous au bout de vingt-quatre heures. Le plus souvent on peut dire que le coryza est apyrétique.

L'*évolution* est très différente suivant les cas. Dans le coryza simple, la guérison arrive en cinq ou dix jours et la mort est l'exception.

Dans la rhinite purulente les choses se passent un peu autrement. Ne pouvant prendre le sein et n'étant qu'à peine nourri artificiellement, l'enfant se décolore, dépérit. L'insomnie est continuelle, l'amaigrissement progressif : le bébé se refroidit, son pouls se ralentit et il meure en quatre à cinq jours « de fatigue, de douleur et d'inanition » (Bouchut).

Dans les cas heureux, grâce au traitement approprié, la perméabilité des narines revient peu à peu ; l'enfant arrive à pouvoir téter, ne s'asphyxie plus. Son poids augmente en même temps qu'on voit l'écoulement purulent diminuer, redevenir clair et se tarir.

Après quinze à vingt jours, un mois même parfois, la guérison est complète.

OBSERVATION IV

Coryza purulent avec fièvre. — Guérison.

Enfant B..., né le 15 avril 1905. Poids 2.850 grammes.

Le 20 avril, cinq jours après sa naissance, l'enfant pré-

sente un écoulement clair assez abondant qui devient bientôt louche, puis le lendemain dans l'après-midi, franchement purulent. Le bébé prend assez bien le sein, gêné seulement par des éternuements répétés.

Le soir il y a un peu de fièvre : température 37° 9.

Pendant trois jours la situation reste à peu près la même. Le traitement consiste en des instillations d'huile mentholée.

Le 25, la fièvre monte à 38° 2 le matin et 39 le soir. L'allaitement est presque impossible : des croûtes épaisses obstruent les narines desquelles coule sans cesse un liquide épais et verdâtre. A chaque prise du sein apparaissent des crises de cyanose. Lavages légers et fréquents des narines avec l'eau bouillie, cataplasmes sinapisés, un peu de lait donné à la cuiller.

Le lendemain 26, la température est normale, la respiration nasale moins embarrassée, l'écoulement moins abondant. Le bébé tète un peu et n'a qu'une crise de cyanose.

Peu à peu l'état va en s'améliorant, la courbe du poids remonte et l'enfant pesant 3.500 grammes est emmené guéri par sa mère, le 3 mai.

OBSERVATION V

Coryza purulent avec bronchite. — Guérison.

Enfant L..., né le 15 mars 1905. Poids 3.200 grammes.

Le 21 mars, après une série d'éternuements, l'enfant est pris subitement d'un écoulement nasal très abondant devenu en quelques heures épais et purulent.

Le lendemain 22 l'enfant ne cesse de crier, essayant, sans y réussir, à prendre le sein, mais s'asphyxiant à chaque tentative. La respiration, sifflante, est des plus pénible. Pas de température. Lavages à l'eau bouillie, sinapismes. Un peu de lait donné à la cuiller.

Pendant deux jours l'état est le même. Le 25 au matin la situation est plus mauvaise. L'enfant est brûlant et a de la fièvre : 38° 3. A l'auscultation l'on constate des signes de bronchite. Lavage du nez à l'eau oyxgénée. Cataplasmes sinapisés.

Le 26 l'écoulement devient plus clair et a une légère tendance à diminuer. La bronchite persiste encore un peu mais la température est redevenue normale.

Le 28 la bronchite a disparu et l'état général est meilleur. Les tétées sont possibles. Les jours suivants, la guérison se dessine de plus en plus et l'enfant, après avoir, au cours de sa maladie, diminué de près de 100 grammes, sort guéri le 5 avril pesant 3150 grammes.

OBSERVATION VI (Barthez et Rilliet).

Coryza purulent à marche lente. — Guérison.

Ces auteurs citent le cas d'une petite fille âgée d'un mois qu'ils ont soignée pendant *deux mois*. Prise d'éternuements le huitième jour après sa naissance, les narines deviennent rapidement rouges, le nez est tuméfié. Un écoulement nasal épais et verdâtre coulait sans cesse jusque sur les joues. Un peu de gêne de la succion au début pendant trois à quatre jours, puis possibilité de téter. L'état général reste tou-

jours bon bien que l'écoulement purulent continuât sans cesse, peu abondant cependant. Malgré tous les remèdes employés, seul le temps fit disparaître les sécrétions. L'enfant qu'ils ont revu à l'âge de quatre ans était d'une santé parfaite. Jamais il n'avait été possible de soupçonner même l'origine syphilitique de la maladie. L'exploration réitérée des fosses nasales par la sonde n'a jamais fait découvrir d'altération des os et jamais aucune ulcération ne fut observée au pourtour des narines.

OBSERVATION VII

Coryza purulent avec otite. — Guérison

Enfant S..., né le 5 novembre 1905. Poids 3.100 grammes.

Pris d'écoulement purulent subitement un matin, six jours après sa naissance, cet enfant présente, dès le lendemain 12 novembre, une légère otite gauche. L'état général, assez peu satisfaisant (cyanose, légères convulsions...), se relève un peu au bout de quatre jours. Seule l'otite persiste une fois la sécrétion nasale disparue pour céder seulement six jours après la cessation de l'écoulement. L'enfant est emmené guéri le vingt-cinquième jour après l'apparition de son coryza.

OBSERVATION VIII

Coryza purulent. — Broncho-pneumonie. — Mort.

Enfant P.., né le 12 décembre 1905.

Quatre jours après sa naissance, en tétant, l'enfant est

pris d'un accès d'asphyxie. Rapidement il se met à éternuer, puis un liquide purulent abondant s'écoule de ses narines.

Le surlendemain, 18 décembre, l'allaitement est impossible, la respiration pénible, les accès de cyanose presque incessants. Lavages du nez à l'eau bouillie. Révulsifs.

Le 19, au matin, température 39° 7. Signes de bronchopneumonie. Très mauvais état général. On continue les lavages du nez et l'on donne trois bains tièdes.

La nuit est des plus mauvaise : on ne peut même pas donner du lait à la cuiller et après une crise de convulsions l'enfant meurt à 3 heures du matin le 20 décembre.

§ 3. — *Pronostic. — Complications*

D'après le tableau clinique qui précède, l'on peut voir que, bénin dans les cas simples, le pronostic s'assombrit considérablement dans les formes à écoulement purulent.

D'une façon générale, l'on peut dire que, dans la forme à écoulement clair, la mort ne survient jamais. Dans nos trois premières observations nous avons trois guérisons.

La même proportion de *o* mort sur *n* coryzas serait obtenue en relatant les différentes observations de la clinique Tarnier.

Si, comme nous le verrons plus loin, la mortalité est énorme dans la variété de coryza purulent à écoulement *citrin*, elle n'est encore que trop forte dans le cas de coryza purulent ordinaire à écoulement épais et crémeux.

West (1), en 1848, ne citait que très peu de cas mortels et encore rattachait-il ces coryzas purulents à la diphtérie.

Billard (2) et Denos (3), avaient signalé de leur côté la gravité des cas ou l'on voyait apparaître un « pus épais et verdâtre ».

Depaul (4), lui, considère la mort comme fort rare bien que possible dans les coryzas purulents du nouveau-né.

Dans les observations que nous avons relatées, nous trouvons 1 mort sur 5 cas. On arriverait à peu près au même résultat en additionnant toutes les observations des auteurs. C'est là, on l'avouera, une mortalité effrayante.

Quelles sont donc les causes qui peuvent parfois venir aggraver la maladie elle-même.

Bouchut (5) dans son livre signale une complication inconnue jusqu'alors et qu'il dit avoir observée plusieurs fois. Il s'agit de l'aspiration et du retrait de la langue en arrière. De là, obstacle à l'hématose venant s'ajouter aux effets de la difficulté de la succion. « Sous l'influence de cette double cause, écrit cet auteur, les enfants maigrissent, deviennent pâles, blêmes, froids, perdent le pouls et ne tardent pas à succomber. »

---

1. West. *Maladies des enfants.*
2. Billard. *Maladies des enfants.*
3. Denos. Article « Coryza », *in Dict. des Sciences médicales.*
4. Depaul. Article « Nouveau-né », *in Dict. Sc. méd.*
5. Bouchut. *Maladies des nouveau-nés.*

OBSERVATION IX (Bouchut)

Un enfant de trois semaines m'est amené par sa mère sur la recommandation de M. Tourasse, élève en médecine. Cet enfant, dont le père et la mère sont très délicats, et ont offert différentes manifestations de scrofule, est né un peu avant terme : il a présenté, dès le second jour de sa naissance, une ophtalmie catarrhale et un écoulement nasal, épais, jaunâtre, accompagné d'éternuements et de sifflement naso-guttural très prononcé. Confié à une belle et forte nourrice, il ne tétait qu'à peine. Il quittait le sein presque aussitôt après l'avoir pris, et, sans avoir le temps de boire, il se rejetait violemment en arrière pour respirer par la bouche. Lorsqu'on lui désobstruait les narines, il pouvait téter, mais jamais assez pour faire un bon repas. Bientôt il se mit à dépérir rapidement. Les parents en furent alarmés, et vinrent réclamer mon avis.

Je trouvai cet enfant pâle, anémique, amaigri, ridé des pieds à la tête, la bouche béante, ayant encore un peu d'écoulement purulent, opalin, sur la conjonctive, le nez petit, très obstrué par des croûtes presque sèches qui empêchaient incomplètement le passage de l'air. L'enfant était obligé de respirer par la bouche. Je conseillai l'usage extérieur des injections avec de l'eau et du lait tiède ; à l'intérieur, du sirop antiscorbutique à 15 grammes par jour, tous les matins, et pour régime, du lait pur à la cuiller.

Trois jours après, l'enfant me fut de nouveau présenté dans un état déplorable ; le visage altéré, le teint mat, les joues creuses, les lèvres pâles, froides ; le nez obstrué, froid ; la bouche ouverte, *la langue relevée en haut, se portant en arrière*

comme une soupape mobile entraînée par le courant d'air de la respiration. Dans cet état la langue servait encore d'obstacle au passage de l'air et favorisait l'asphyxie. L'enfant *avalait sa langue !* Les extrémités étaient froides et le pouls avait presque disparu. Les mouvements étaient rares et lents, la déglutition très difficile, le cri impossible. Je conseillai de tenir la langue abaissée avec une lamelle d'ivoire; je fis désobstruer les narines et ordonnai l'administration de 5 centigrammes d'iodure de potassium dans un julep gommeux.

L'enfant mourut dans la journée.

Honsell et Küsmaul admettent aussi cette complication. Nous n'avons pas trouvé d'autres observations de ce phénomène et ne l'avons jamais observé.

Bollard citait comme accident possible de la rhinite une hydrocéphalie aiguë par propagation de l'inflammation de la pituitaire aux membranes du cerveau et en avait rapporté un exemple.

La bronchopneumonie, la bronchite capillaire peuvent survenir au cours du coryza qui alors, devient dans ce cas, presque fatalement mortel.

L'otite apparaît parfois aussi : le plus souvent à la suite de douches nasales trop fortes. Il y aurait infection gagnant la caisse du tympan par la trompe d'Eustache.

La conjonctivite catarrhale surviendrait par l'intermédiaire des canaux lacrymaux.

La conjonctivite purulente avait été citée par Rayer et niée par Danyau et Depaul. Nous n'en avons pas observé d'exemple.

L'estomac et les intestins peuvent réagir de leur côté et l'on verra apparaître des vomissements et des selles vertes, parfois en grande abondance.

L'insomnie, l'inanition, les accidents asphyxiques viendront encore assombrir le pronostic.

Les convulsions entreront en jeu dans certains cas, mais sont plutôt rares. Coriveaud (1) en cite un cas chez un nourrisson de un mois.

On a même cité l'hémiplégie comme complication possible du coryza infantile.

§ 4. — *Diagnostic. — Traitement*

Le diagnostic est des plus simple et s'impose ordinairement à première vue.

Rayer avait cru devoir signaler la possibilité de la confusion avec les vices de conformation du mamelon chez la mère, de la bouche et de la langue, du frein en particulier, chez le nouveau-né ou encore de ses fosses nasales. Il suffit de penser à ces éventualités pour ne pas se tromper.

Hénoch en 1861 et Le Gendre en 1888 signalent le cas où un coryza très intense avait jeté le trouble dans la famille du bébé qui pensait à la possibilité du croup dont leur enfant présentait du reste quelques symptômes.

---

1. Coriveaud. *Concours médical*, 1887, p. 224.

OBSERVATION X (Hénoch)

Coryza à allure de croup. — Guérison

En mars 1861, je fus appelé auprès d'un enfant de sept semaines qui, depuis environ une heure et demie, présentait de violents accès de suffocation. D'après le dire des parents épouvantés, l'enfant se portait très bien quelques heures auparavant ; il était sorti par un fort vent d'est et l'accès avait débuté presque de suite après sa rentrée, sans cause, notamment sans avoir pris le sein. La violence de l'accès s'étant dissipée à mon arrivée, je crus avoir affaire à un spasme de la glotte et, pour m'en rendre compte, je fis mettre l'enfant au sein. Il se produisit aussitôt un nouvel et violent accès *presque aussi intense que dans le croup*. Le visage cyanosé exprimant la plus vive angoisse, la bouche inerte et tous les muscles inspirateurs agissant énergiquement, l'enfant cherchait péniblement à aspirer l'air qui produisait chaque fois un sifflement. Celui-ci n'avait pas le timbre qu'il a dans le spasme de la glotte mais venait évidemment du nez. La gorge était complètement libre. Après quelques minutes, apaisement complet suivi bientôt de sommeil, pendant lequel l'inspiration et l'expiration s'accompagnaient de reniflement. La partie inférieure du nez était quelque peu gonflée. Je fis nourrir l'enfant à la cuiller pendant les douze heures qui suivirent, je fis faire assidûment des embrocations d'huile chaude sur le nez et prescrivis 0,15 de calomel toutes les deux heures. Le lendemain il s'établit un écoulement muco-purulent qui disparut en quelques jours.

OBSERVATION II (Legendre)

Coryza purulent avec accès de suffocation comme dans le croup Guérison.

Une nuit on vint me chercher pour un enfant qui, disait-on, devait avoir le croup, tant il suffoquait et tant les bruits que l'on entendait dans sa gorge paraissaient singuliers.

Je trouvai un enfant de trois mois, de vigoureuse constitution, élevé au sein. Il respirait très difficilement, ou du moins ne pouvait respirer que par la bouche : de temps en temps sa figure devenait violacée, on entendait dans la gorge une sorte de ronflement stertoreux, puis la crise se jugeait par des éternuements violents et la projection par la bouche ou les narines de mucosités visqueuses et verdâtres.

Je pus reconstituer les commémoratifs. La veille l'enfant allait bien ; à vrai dire, on l'avait entendu déjà éternuer dans la matinée et son nez suintait un peu ; pourtant on l'avait sorti par un temps fort humide. Au retour de la promenade il paraissait mal à l'aise et l'on constata qu'il avait un coryza ; il prit le sein, mais le quitta presque aussitôt et bientôt refusa obstinément de le prendre.

Je fis présenter le sein devant moi ; l'enfant s'y jeta d'abord avidement, puis, après une tentative de succion, se rejeta en arrière suffoquant et bleuissant.

A peine commençait-il à s'assoupir qu'on entendait dans sa gorge des bruits singuliers, mélange de ronflement guttural, de sifflement et de reniflement nasal, qui avaient si fort effrayé l'entourage, et l'enfant se réveillait en suffoquant et en criant.

Assis sur le bras ou tenu droit il respirait assez facilement, la bouche ouverte ; placé sur le dos horizontalement l'accès de suffocation apparaissait et ne prenait fin que quand on le remettait verticalement.

Je pensai et déclarai, au grand étonnement de tous, que l'enfant n'avait qu'un coryza intense. Je fis remarquer que la muqueuse nasale était rouge foncée et turgescente et qu'à l'orifice des narines apparaissaient quelques mucosités glutineuses et verdâtres, que la gorge était libre.

Je fis des irrigations nasales ; les premières revinrent par la même narine et il y eut un accès de toux, quelques gouttes de liquide ayant coulé dans le pharynx. Le second essai eut pour résultat la sortie d'épaisses mucosités.

L'enfant à qui l'on présenta ensuite le sein put téter pendant quelques minutes en s'interrompant de temps en temps ; enfin il s'endormit. J'avais eu soin de le faire coucher sur un plan incliné, tête élevée.

Le lendemain la situation s'améliorait. Encore quelques irrigations, mais au bout de trente-six heures, le catarrhe commençait à diminuer et tout rentrait dans l'ordre.

La variété de coryza sera elle aussi ordinairement facilement diagnostiquée.

La difficulté réside entre la rhinite purulente ordinaire et celle à écoulement citrin. L'allure clinique et surtout l'examen attentif de la sécrétion, lèveront les doutes. Pour le coryza blennorrhagique, il faudra s'aider des anamnésiques et surtout du microscope.

Nous verrons à la fin de ce travail les différences

qui existent entre le coryza ordinaire et le coryza syphilitique.

Traitement. — Dans le coryza banal, le traitement est des plus simple. Sans oublier les règles élémentaires de l'hygiène (ne pas sortir le bébé avant un mois dans les saisons froides et humides ; se garder de lavages peu soigneux ; éviter le froid, les courants d'air...), on se contentera, en temps de mal, de tenir l'enfant au chaud et de lui introduire très doucement dans les narines un peu de vaseline boriquée ou mentholée : on en étendra aussi une légère couche sur le pourtour du nez. Dans les rhinites purulentes, le traitement devra être plus actif. Ici il faut rétablir la perméabilité nasale pour favoriser la respiration et la succion qui sont gênées. L'obstruction et par là l'asphyxie ou l'inanimation par l'impossibilité de téter : voilà le danger.

Bouchut introduisait dans chaque narine un petit tube d'argent de 3 millimètres de diamètre, long de 5 centimètres et légèrement recourbé à son extrémité gutturale pour le fixer sous le nez avec le tube de la narine du côté opposé. Philipoteaux s'est servi avec succès d'une sonde n° 7 de la filière ordinaire. Barthez et Sanné conseillent d'introduire dans les narines, pendant les tétées, deux petits bouts de sonde en gomme élastique qui permettent à l'air de passer.

Admettra-t-on l'éventualité dont parlait Valleix, celle d'une trachéotomie pour empêcher l'enfant d'être asphyxié ? Nous voyons cependant en 1904,

en Allemagne, Heinemann (1) faire avec succès une trachéotomie chez un enfant de quatre semaines, atteint de rhinite purulente, qui s'asphyxiait.

Les auteurs conseillent les traitements les plus divers.

Les uns, pour obtenir la désobstruction du nez, vantent la douche liquide, douche de Weber.

Les autres, comme Lermoyez (2), la proscrivent comme dangereuse ; « la brièveté et la largeur de la trompe dans les premiers temps de la vie, ouvrant une porte aux infections auriculaires. »

Seule la douche d'air, donnée avec la poire de Politzer à laquelle sera adapté un petit tube de caoutchouc, pourra être permise.

On pourra instiller dans les narines quelques gouttes d'huile mentholée à 1/100 pour obtenir le ramollissement des croûtes et provoquer des éternuements qui expulseront les mucosités.

De légers lavages nasaux avec une simple seringue en verre rendront service : les meilleurs liquides seront l'eau bouillie, l'eau boriquée, l'eau résorcinée à 1/100, mais jamais l'acide phénique.

Le Gendre préconise l'insufflation de la poudre suivante :

Acide borique pulvérisée...	⎫
Résorcine.....	⎬ ââ 1 partie
Sucre en poudre.....	⎭

1. Heinemann. *Arch. f. Kinderheilkunde.* Bd. 39. H. 46.
2. Lermoyez. *Traité des Maladies de l'Enfance*, 2e édit., t. III.

Le pourtour des narines et la lèvre supérieure seront enduits de vaseline boriquée pour prévenir l'érythème produit par les sécrétions alcalines qui coulent du nez.

En 1895, Tornu, de Buenos-Ayres, prétendait que l'obstruction nasale cédait très rapidement à l'inhalation de quelques gouttes d'alcool camphré versées sur un tampon d'ouate tenu sous les narines. Il agissait ainsi avant la tétée, ce qui permettait à l'enfant de prendre le sein et faisait disparaître rapidement l'écoulement.

En France les auteurs se refusent à l'introduction de cocaïne dans les narines à cause de la toxicité très grande de ce corps dans le jeune âge.

Mais en Allemagne nous voyons Wohsen (1), en 1905, recommander la cocaïne à 5/100, et la paranéphrine à 10/100.

Ballin (2) agit de même. Dans le cas de bronchite consécutive il fait passer dans les narines des petits tampons imbibés d'adrinaline et cela toutes les quatre heures. Parmi les enfants ainsi traités il n'y aurait eu que 12,5 o/o de cas mortels contre 44,4 o/o chez ceux qui n'auraient pas suivi ce traitement.

Torday (3), en 1906, aurait retiré de l'adrénaline de très bons résultats.

---

1. Wohsen. *Behandlung des Schnupfens der Saüglinge und Kleinenkinder.*
2. Ballin. *Therapie der Gegenw.* H² Ft², 1905.
3. Torday. *Rhinitiden der Saüglinge.*

A Wurtsbourg le professeur Otto Seifert, en mai 1907, donne quelques indications du traitement de la rhinite du premier âge : insufflation trois fois par jour de :

Bismuth.....	5 gr.
Acide borique.....	3 »

ou encore de :

Menthol	0 gr. 50
Acide borique.....	3 gr.
Bismuth.....	5 »

Le menthol agirait comme antiseptique, vaso-constricteur et anesthésique.

De plus, ajoute cet auteur, je ne crains pas, dans les cas graves, où l'obstruction nasale est très forte, d'injecter dans les narines une solution de cocaïne avec la seringue laryngée. Mais pour diminuer la toxicité de ce corps, je lui ajoute de l'alypine et me sers d'une solution de *cocaïne alypine* à 5/100. De plus je fais plusieurs fois par jour verser sur l'oreiller de l'enfant dix à vingt gouttes du vieux remède anti-coryza de Hager composé de :

Acide phénique.....	5 grammes
Alcool	15 »
Liqueur d'ammoniaque caustique.	5 »
Eau distillée.....	10 »

Dans les formes très intenses, Hénoch donnait à l'intérieur 0 gr. 05 de calomel toutes les deux heures.

Lévy faisait prendre 0 gr. 02 de terpine une fois par jour.

Valleix, dans le cas de troubles cérébraux conseillait une ou deux sangsues près des oreilles.

La bronchopneumonie relèvera, sans bien grande chance de succès le plus souvent, du traitement ordinaire.

Les révulsifs seront à employer dans les cas d'adynamie, de cyanose.

Mais aussi il ne faudra jamais perdre de vue la question de l'allaitement. On donnera le lait à la cuiller quand la succion sera impossible. Mais il est des cas où le pharynx et la langue, desséchés et secs, ne peuvent exécuter les mouvements de déglutition. Küssmaul conseille alors la sonde œsophagienne. Il rapporte un cas où il s'en est servi pendant huit jours donnant à chaque fois, toutes les deux heures environ, de 80 à 100 grammes de lait tiède et l'enfant a parfaitement guéri.

Comme traitement préventif, en dehors des précautions ordinaires d'une bonne hygiène, il y a peu de choses à dire.

Cozzolino préconisait l'insufflation prophylactique, dès la naissance, de poudre d'iodoforme.

Mieux vaut, en cas de rupture anticipée de l'œuf, et l'enfant ayant souffert au moment du travail, débarrasser par aspiration, à l'aide du tube de Chaussier, les voies nasales de leurs mucosités. Il serait bon ensuite de les attoucher avec du coton imbibé d'eau oxygénée à trois volumes.

CHAPITRE II

Le Coryza purulent à écoulement citrin.

---

§ 1. — *Etiologie. — Pathogénie. — Bactériologie.*

1° *Etiologie.* — Ici encore un facteur étiologique important et indiscutable : c'est le froid. En relevant les statistiques de la clinique Tarnier telles que Perret (1) les publie chaque année, nous voyons que le total des coryzas a été de : (Voir tableau ci-après.)

Ces chiffres nous montrent la fréquence de l'affection pendant les mois de janvier, février, mars, avril et décembre, sa rareté en mai, juin, juillet, août, septembre, octobre, puis légère recrudescence en novembre. En comparant les différentes années, l'on verra qu'il y a, à peu de chose près, parallélisme entre leurs mois. De même, l'on remarquera que de 1901 à 1905 le nombre total des cas a été sans cesse en augmentant, alors qu'en 1906, le mal a

---

1. Perret. *Revue de l'Obstétrique.*

presque complètement disparu puisque 5 cas seulement ont été observés contre 69 l'année d'avant.

	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906
Janvier	1	4	2	2	6	23	7	2
Février	8	4	2	0	1	10	14	0
Mars..	3	5	1	4	5	5	7	0
Avril..	0	4	1	0	6	8	18	0
Mai...	0	1	0	1	9	1	12	0
Juin...	11	3	1	0	4	0	4	2
Juillet.	0	0	0	0	1	0	3	0
Août..	0	0	0	0	1	0	3	0
Sept...	0	0	0	0	9	0	0	0
Oct....	1	0	0	0	0	0	0	0
Nov...	0	3	0	0	1	2	1	1
Déc...	1	1	1	2	16	0	0	0
Total..	15	25	8	9	59	49	69	5

Un fait qui nous avait frappé à la clinique Tarnier, et qui prouve bien l'influence du froid, est le suivant : La plupart des coryzas citrins observés pendant l'épidémie 1904-1905 provenaient de la même salle. Or, cette salle est la plus éloignée du lieu où se fait le change des enfants qui, ainsi, avaient plus

de temps à passer dans le corridor plus froid et de là, plus de chance à s'enrhumer que les autres.

Mais il n'y a pas que les causes atmosphériques qui puissent être incriminées :

Les infections mammaires des nouvelles accouchées pourraient produire la rhinite chez l'enfant. Dans bon nombre de cas, la mère avait eu antérieurement de l'infection du sein : de la mère à l'enfant qui la tète, l'infection n'a pas un grand pas à faire pour passer des mamelles de l'une aux fosses nasales de l'autre. Jeannin et Barlerin, en 1905, ont montré l'allure assez semblable suivie par les courbes de l'une et de l'autre de ces deux affections. Et de plus le microscope fait voir la présence des mêmes microbes pathogènes.

Beaucoup d'auteurs, tels que Bouchut, Ziem, Depaul, Réthi, Brégeri, Lermoyez, faisaient de la rhinite une conséquence de l'infection de la membrane pituitaire par le gonocoque de Neisser. On serait donc en présence d'une rhinite, due à une infection blennorrhagique d'origine maternelle, infection se faisant au moment de l'accouchement ou secondaire à une ophtalmie purulente du nouveau-né, ophtalmie également gonococcique et d'origine maternelle.

Moldenhauer, Crédé, Mackensie s'opposent à cette idée d'invasion de la pituitaire par le gonocoque.

Jeannin, se basant sur une vingtaine d'expérimentations, en conclut ceci : « Jamais le microscope n'a décelé dans le pus de la rhinite à écoulement

citrin la présence du gonocoque. Cette rhinite ne saurait donc être regardée comme un *coryza blennorrhagique* ».

Si nous consultons le tableau ci-dessous des cas de coryzas et d'ophtalmies, nous voyons qu'aucun parallélisme n'existe entre ces deux affections. En 1901, par exemple, 36 coryzas et seulement 8 ophtalmies. Or, on sait avec quelle facilité le pus blennorrhagique est inoculé. Alors qu'unilatérale d'abord, l'ophtalmie ne tarde pas à se propager au second œil, comment expliquer la non apparition du coryza?

	1899		1900		1901		1902		1903		1904		1905	
	cor.	conj. sec.	cor.	conj. sec.	cor.	conj. sec.	cor.	conj. sec.	cor.	conj. sec.	cor.	conj. sec.	cor.	conj. sec.
Janvier.....	1	2	4	1	2	1	2	»	6	7	23	11	7	1
Février.....	8	2	4	2	2	4	»	»	1	3	10	8	14	4
Mars.....	3	1	5	3	1	7	4	1	5	3	5	2	7	1
Avril.....	»	1	4	1	1	4	»	»	6	5	8	5	18	8
Mai.....	»	»	1	1	»	1	1	»	9	3	1	3	12	2
Juin.....	1	»	3	3	1	8	»	1	4	4	»	4	4	5
Juillet.....	»	»	»	3	»	4	»	1	1	8	»	1	3	»
Août.....	»	»	»	2	»	1	»	1	1	»	»	5	3	1
Septembre..	»	»	»	3	»	1	»	1	9	5	»	1	»	8
Octobre....	1	»	»	2	»	2	»	»	1	4	»	1	»	6
Novembre..	»	1	3	3	»	1	»	3	»	5	2	»	1	4
Décembre..	1	»	1	2	1	2	2	3	16	3	»	2	»	5
Totaux.....	15	7	25	26	8	36	9	11	59	50	49	43	69	45

Sans doute nous trouverons des enfants atteints d'ophtalmie présenter du coryza. D'après nos observations nous n'avons vu cette association qu'*une* fois en 1904, *trois* fois en 1905 et *une* fois en 1906. Ne serait-il pas plus logique de voir seulement là le fait d'une simple coïncidence.

De même l'infection puerpérale ne semble pas pouvoir être mise en jeu dans l'éclosion du coryza citrin. La morbidité par infection utérine n'a, en effet, pas beaucoup changé dans ces dernières années, qu'il y ait eu peu (1901) ou beaucoup de coryzas (1905).

Aucun rapport ne peut non plus être établi entre cette affection et les infections ombilicales, gastro-intestinales ou cutanées du nouveau-né.

Nous n'avons pas trouvé, dans les observations de cette variété citrine, des cas où la syphilis ait pu être incriminée. Nous ne savons si cette maladie pourrait produire cette sorte de rhinite alors que nous la voyons provoquer soit le coryza simple, soit le coryza purulent à écoulement épais et crémeux.

2° *Bactériologie.* — Voici comment Jeannin s'y prenait pour recueillir le pus : L'enfant était tenu horizontalement, la face en haut, sur les genoux d'un aide. Tout le pourtour des narines était soigneusement essuyé avec un tampon de ouate stérilisée. En pressant la racine du nez, le pus apparaissait à l'orifice nasal. On puisait avec une pipette en pleine sécrétion de façon à ne toucher ni à la peau ni à la pituitaire et l'on avait soin de faire cette prise envi-

ron deux heures après le lavage nasal. Préparation de deux à trois lames colorées au zieth, à la thionine, au Gram et ensemencement sur bouillon peptoné, sérum gélosé (milieux aérobies) et sur gélose glucosée, en tubes profonds (cultures aérobies). Examen après vingt-quatre, puis quarante-huit heures. Voici ce qui fut constaté :

α) Au début, tant que la sécrétion est claire et citrine le pus ne contient presque aucun leucocyte, mais est très riche en microbes. Ce sont *uniquement* des *cocci* isolés ou disposés par groupes : en grappes ou en chapelets ;

β) Puis l'écoulement devenant épais, le pus est alors riche en leucocytes. Les microbes sont toujours abondants et présentent les mêmes caractères que précédemment.

Aucun succès avec les cultures anaérobies.

Résultats positifs par contre avec les cultures aérobies. Léger trouble au bout de quelques heures, puis apparition rapide de nombreuses colonies. Au microscope on reconnaît le *staphylococcus pyogenes aureus* et le *streptococcus pyogenes*. C'est le premier qui prédomine ; on l'a toujours trouvé et son développement est intense. Le streptocoque n'a été trouvé que douze fois sur vingt. On n'a jamais constaté la présence ni du *gonocoque*, ni du *colibacille*, ni du *pneumocoque*.

Coudert et Guéniot faisant, de leur côté, les mêmes expériences, sont arrivés au même résultat.

Ce qui est intéressant c'est que, rapidement, les

tubes de bouillon présentaient une coloration citrine manifeste tout à fait semblable à celle de l'écoulement nasal.

De là, Jeannin concluait que cette rhinite purulente est due à l'infection de la pituitaire par des staphylocoques dont le pouvoir chromogène se trouve exalté sous l'influence de causes encore inconnues. L'agent microbien serait le *staphylococcus pyogenes aureus* soit isolé, soit en association avec le streptocoque.

§ 2. — *Description clinique. — Evolution.*

C'est surtout entre le troisième et le septième jour après la naissance que l'infection frappe le nourrisson. Il est rare de la constater dès le début de la vie.

Le *début* est ordinairement brusque. Un enfant, en très bonne santé, présente subitement un écoulement nasal, rapidement abondant, mais qui ne semble pas le gêner trop. C'est un liquide *clair*, *limpide*, *transparent*, *de belle couleur jaune citrin*. Après dessication, ce liquide laisse sur les joues, autour des narines, des traces jaunâtres. Bientôt les narines, rouges et douloureuses, se tuméfient ; parfois il en est de même de la lèvre supérieure.

Au bout de trois à quatre jours, l'écoulement devient plus épais, crémeux, de couleur jaune, jaune verdâtre.

Le pus obstrue fortement les narines du bébé qui respire difficilement, d'une façon saccadée, gardant la bouche continuellement ouverte. De là résulte une gêne manifeste de l'alimentation : la prise du sein est souvent l'occasion d'accès d'asphyxie. Ne tétant que peu ou même pas du tout, l'enfant perd rapidement de son poids et dépérit.

L'état général est ordinairement mauvais.

La *fièvre*, qui existe dans presque tous les cas, reste assez élevée pendant le cours de la maladie, oscillant entre 39 et 40 degrés et pouvant même monter jusqu'à 41°. Peu de temps avant la mort l'enfant fera parfois de l'hypothermie. Température 36°2, 36°4.

Le *facies* est plus ou moins altéré, tantôt très pâle, tantôt bistré et plombé.

L'évolution est très variable. Tantôt la mort surviendra en quarante-huit heures. Nous l'avons même vue une fois (obs. XIX) arriver en vingt-quatre heures, mais l'enfant, il est vrai, présentait des signes de bronchopneumonie. Le plus souvent, l'issue fatale n'a lieu qu'au bout de deux ou trois jours, une semaine parfois. Peu à peu la courbe du poids s'abaisse, l'enfant est emporté dans un accès de cyanose, une crise d'asphyxie.

Si la guérison survient, ce ne sera qu'au bout de dix, quinze, vingt jours. L'écoulement diminuant d'intensité, les tétées seront plus faciles et peu à peu, reprenant de son poids, le bébé reviendra à la nté.

§ 3. — *Diagnostic. — Pronostic. — Complications*

1° *Diagnostic.* — Le diagnostic est évident par lui-même. Rien de plus facile que de constater l'écoulement avec ses caractères spéciaux et son extrême abondance.

Le coryza simple ne présente qu'une très légère rougeur du nez et une sécrétion claire peu intense.

Le coryza purulent ne saurait non plus prêter à confusion. Apyrétique le plus souvent il présente un pus plutôt crémeux n'ayant pas la belle couleur citrine, mais étant plutôt verdâtre.

Le coryza blennorrhagique en dehors des anamnésiques ne saura être différencié sûrement que par le secours du microscope.

Le coryza syphilitique avec son allure bien spéciale d'apparition précoce, congénitale parfois, sa marche chronique, sera le plus souvent facilement diagnostiqué.

2° *Pronostic.* — Toujours très sombre, le pronostic est le plus souvent fatal. D'après les observations que nous citons ici, nous trouvons 15 cas mortels sur 20 coryzas (1).

---

1. De plus un enfant a été emmené malgré nos conseils étant encore très malade.

1904	1905	1906
Novembre 1 m. sur 2 cor.	Janvier 1 mort sur 2 cor. Février 3 morts sur 3 cor. Mars 3 morts sur 3 cor. Avril 5 morts sur 8 cor. Juin 1 mort sur 1 cor.	Novembre 1 m. sur 1 cor.

D'après ses observations, Jeannin nous apprend que les enfants succombent dans l'énorme proportion de la moitié au tiers.

Ce sont les prématurés, les débiles qui résistent le moins. De même le pronostic variera avec l'hygiène et l'alimentation (au sein ou au biberon).

3° *Complications*. — La plus fréquente est la broncho-pneumonie. Jeannin l'avait observé 8 à 9 fois sur 10. Nous la trouvons dans nos observations 8 fois sur 15 cas mortels.

Si nous ne la retrouvons pas dans tous les cas où la mort est survenue, l'on peut dire, sans pouvoir être taxé d'exagération, que c'est parce qu'elle n'a pas eu le temps de se déclarer, l'enfant succombant avant. C'est surtout chez les gros bébés, sans tare, allaités par leur mère, en meilleur état de résister, que l'on en trouvera les symptômes.

L'otite n'est pour Jeannin, quand elle apparaît,

qu'une simple coïncidence. Nous l'avons pourtant observée 7 fois sur 20 cas et dans les 15 coryzas mortels, elle est apparue 6 fois.

La conjonctivite par contre ne se rencontrerait que par le fait du hasard son origine et sa nature étant différentes de celles de la rhinite citrine.

Les vomissements, la diarrhée, l'érythème du siège seraient encore des complications dangereuses.

Parfois on a noté des convulsions.

§ 4. — Observations

Nous avons classé nos observations en suivant l'ordre même des années et des mois de 1904 à 1906, nous citerons d'abord, les cas heureux, puis les cas mortels, qui comme on le verra, ont été les plus nombreux.

1° Coryzas suivis de guérison

OBSERVATION XII

Coryza citrin.— Ophtalmie. —Lymphangite du sein chez la mère

Enfant B..., né le 28 novembre 1904. Poids : 2.650 grammes.

La mère a de l'angine vers le 30 novembre et de la lymphangite du sein à partir du 3 décembre.

L'enfant est monté au service de l'isolement le 11 décembre,

pesant 2.740 grammes. De son nez s'écoule sans cesse un liquide citrin très abondant. Les yeux présentent un léger degré d'ophtalmie. On les traite par le nitrate d'argent à 1 p. 150. Lavages nasaux à l'eau bouillie.

Du 11 au 24 décembre son poids diminue sans cesse.

Prend difficilement le sein, accès fréquents de suffocation.

Température oscillant entre 38 et 37° 8.

Instillation de nitrate d'argent dans les yeux ; lavages du nez à l'eau oxygénée étendue.

Le 25 l'écoulement citrin diminue très sensiblement.

Les yeux sont guéris.

A partir de ce moment les tétées sont plus faciles, l'asphyxie ne se produit plus. La courbe du poids remonte et l'enfant, guéri, est emmené par sa mère le 30 décembre, pesant 3.180 grammes.

OBSERVATION XIII

Coryza citrin. — Otite gauche

Enfant S..., né le 21 janvier 1905. Poids : 3.500 grammes.

Le 2 mars écoulement nasal relativement léger, de coloration citrine. Tète bien.

Le 3 mars les narines laissent couler un liquide citrin très abondant. Cependant l'état général reste satisfaisant et l'enfant n'a que très peu perdu de son poids.

Le 4 mars l'état est moins bon ; le nez coule énormément et l'on constate de plus une légère otite gauche.

Lavages nasaux à l'eau oxygénée.

Les 5 et 6 mars l'état redevient meilleur ; l'écoulement nasal diminue, l'otite est presque guérie.

Cet enfant part en bonne santé le 11 mars.

OBSERVATION XIV

Coryza citrin. — Lymphangite du sein chez la mère

Enfant G..., né le 31 mars 1905, pesant 3.100 grammes.

Le 7 avril la mère présente une très forte lymphangite du sein.

Le 10 l'enfant éternue fréquemment ; son nez coule un peu. La bouche est envahie par un léger muguet.

Le 14 il est monté à l'isolement avec deux véritables ruisseaux de liquide citrin coulant sans cesse de ses narines.

Le sein n'est pris que très difficilement.

Du 15 au 18 l'état général est mauvais. Température entre 37°5 et 38°2. Se cyanose facilement et ne peut qu'avec beaucoup de peine boire au verre. A perdu beaucoup de son poids.

Le 19 l'écoulement nasal diminue sensiblement, la situation est un peu meilleure.

Le lendemain 20 la mère l'emmène malgré nos conseils bien qu'il ne soit pas encore hors de danger.

OBSERVATION XV

Enfant D..., né le 3 avril 1905. Poids : 3.480 grammes.

Entre à l'isolement le 9 avril pour un léger écoulement citrin, température 38°8.

Le 10 l'enfant a des sécrétions très abondantes, tète difficilement et a diminué de 30 grammes depuis la veille. Température 38,6, accès de cyanose. Révulsifs, lavages à l'eau oxygénée.

Même état le 11.

Le 12 l'écoulement diminue ; l'enfant prend un peu mieux le sein et augmente sensiblement.

Il part guéri le 15 avril.

OBSERVATION XVI

Coryza citrin. — Bronchite et conjonctivite légères

Enfant P..., né le 10 avril 1905. Poids : 2.660 grammes.

Le 21 avril, très légère sécrétion citrine.

Le 22 l'écoulement est abondant ; l'enfant se cyanose en tétant. La température est à 38°5. Le poids diminue.

Il en est ainsi jusqu'au 30.

Le 1er mai l'état général est plus mauvais. Température 39°. Ecoulement citrin incessant. Dyspnée assez forte. Fréquents accès de cyanose.

L'auscultation fait découvrir de gros râles de bronchite du côté gauche. Cataplasmes sinapisés.

Le 5 mai, l'état général et l'état local se relèvent : plus de bronchite ; les tétées sont faciles. Mais un peu de conjonctivite des deux yeux.

De simples lavages au sérum la fera céder en vingt-quatre heures.

Du 6 au 18, tous les phénomènes s'amendent : l'enfant reprend son poids.

Il part guéri le 27 mai, pesant 3.010 grammes, après être tombé à 2.565 grammes le 1er mai.

2° Coryzas à terminaison mortelle

OBSERVATION XVII

Coryza citrin. — Otite gauche. — La mère a une galactophorite

Enfant S..., né le 6 novembre 1904. Poids : 2.820 grammes.

Le 18 novembre, éternuements fréquents. Poids : 2.825 grammes.

Le 20, l'enfant ne pèse plus que 2.720 grammes et présente un écoulement citrin abondant : température 37° 8.

Bains et cataplasmes sinapisés.

Le 21, l'écoulement est incessant, obstruant les fosses nasales. Accès de cyanose à chaque tentative de tétée. Température 38°5. Boit à la cuiller.

L'état reste le même jusqu'au 26.

Le 27, le poids est de 2.700 grammes. Légère otite gauche.

Lavages à l'eau oxygénée.

Le 1er décembre, l'enfant va un peu mieux, se cyanose moins ; a repris du poids : 2.795 grammes. L'otite est complètement guérie.

Le 9, l'état général redevient mauvais, l'écoulement nasal, qui avait un peu diminué, reprend avec plus d'intensité que jamais. Les crises de cyanose sont fréquentes. La température est basse (36° 8 dans le rectum). Le pus s'écoule abondamment des deux oreilles.

Lavages à l'eau oxygénée, révulsions.

Du 10 au 17, l'état reste le même avec tendance à l'aggra-

vation. Le bébé se refroidit de plus en plus et meurt le 18 au matin après un accès de cyanose.

OBSERVATION XVIII

Coryza compliqué de broncho-pneumonie. — Otite

Enfant M..., né le 31 décembre à sept mois et demi, en ville, pesant 1.500 grammes.

Le 2 janvier, la mère attrape la grippe et vient à l'hôpital le 4 janvier 1905.

L'enfant très légèrement enrhumé, à ce moment-là, est monté à l'isolement le 10 seulement avec quelques accès de toux et un très léger écoulement citrin.

Le 12, il présente de légers signes de bronchite, température 38°8.

Les sécrétions sont fort abondantes ; les tétées difficiles et les accès de cyanose fréquents. Lavages nasaux à l'eau bouillie. Bains et cataplasmes sinapisés.

Le 13, même état : température 38. Vomissements légers.

Le 14, température 39° 5. Signes de broncho-pneumonie. Vomissements presque incessants, refus de toute alimentation.

Le 16, température 39° 9. Ecoulement continue en quantité extraordinaire. Facies bistré ; se cyanose à chaque instant. Broncho-pneumonie double. Bains et cataplasmes sinapisés. Enveloppement humide.

Le 17 et le 18, l'état devient de plus en plus mauvais. On ne peut le nourrir même au verre.

Cyanose perpétuelle. Ecoulements nasal et auriculaires incessants ; se refroidit de plus en plus, pouls petit, filiforme.

Mort le 19, à 1 heure du matin.

OBSERVATION XIX

Coryza foudroyant avec broncho-pneumonie

Enfant P..., né le 4 février 1905. Poids : 3.880 grammes.

Entre à l'isolement le matin du 19 avec un léger écoulement nasal ; franchement purulent et abondant le soir même. Vers six heures du soir, accès de cyanose, température 39° 9.

Très mauvais état général. Signes de broncho-pneumonie. Selles noirâtres. Lavages nasaux. Vaseline mentholée. Bains et cataplasmes sinapisés.

La nuit est encore plus mauvaise. Accès de cyanose très répétés. Vomissements de sang. Tendance à la syncope.

La mort arrive le 20 à 9 heures du matin, c'est-à-dire vingt-quatre heures après le début de la maladie.

OBSERVATION XX

Coryza et broncho-pneumonie

Enfant M..., né le 13 février 1905.

Entre à l'isolement le 18 avec un peu d'écoulement nasal.

Le 19, diarrhée verte abondante. Sécrétions louches abondantes.

Le 21, l'état général s'altère, l'alimentation est des plus difficile, l'enfant, se cyanosant facilement et refusant de prendre le sein, dépérit rapidement.

Le 22, température 39° 5. Signes de broncho-pneumonie. Etat déplorable avec tendance à l'asphyxie.

Cataplasmes sénapisés. Enveloppement humide.

Meurt le 23 à 11 heures du matin.

OBSERVATION XXI

Coryza avec otite double. — Lymphangite du sein chez la mère

Enfant G..., né le 18 février 1905. Poids : 3.600 grammes.

Le 25, le bébé éternue, mais tète bien.

Le 3 mars, il est pris subitement d'une crise d'éternuements prolongée, et du nez se met à couler un liquide citrin très abondant. Lavages à l'eau bouillie.

Le 5, l'alimentation devient difficile. Un accès de cyanose.

Le 6, on constate une otite double intense.

L'état général est des plus mauvais. Tout allaitement est impossible. L'enfant se cyanose fréquemment, puis bientôt se refroidit progressivement, tombant dans l'inanition. Il meurt le 7 à 8 heures et demie du matin.

OBSERVATION XXII

Coryza et broncho-pneumonie double. — Convulsions. Galactophorite chez la mère

Enfant B..., né le 24 février 1905. Poids : 3.680 grammes.

28 février. — L'enfant éternue deux à trois fois et présente un peu de rougeur du nez ; puis tout rentre rapidement dans l'ordre.

1er mars. — La mère a de la lymphangite et de la galactophorite d'un sein.

4 mars. — L'enfant, qui était en bonne santé, se remet de nouveau à éternuer, puis, présente subitement un abondant écoulement citrin.

Du 5 au 17, bien que les sécrétions nasales soient abondantes, l'état général est bon ; tétant assez bien, l'enfant augmente un peu de poids.

Vaseline mentholée dans les narines.

Le 18, l'enfant tousse un peu, quelques signes de bronchite ; l'écoulement augmente ; la prise du sein devient des plus pénible pour le bébé qui se cyanose légèrement. Cataplasmes sinapisés et lavages du nez à l'eau bouillie.

Le 20, l'état général est mauvais. T. 39° 7. Signes de broncho-pneumonie double ; accès de cyanose.

Bains sinapisés. Enveloppement humide.

Le 21, broncho-pneumonie double intense. Impossibilité de téter et même de prendre au verre. Crise continue de cyanose. Meurt le 22 à 3 h. 1/2 du matin dans une véritable crise d'asphyxie, après quelques convulsions.

OBSERVATION XXIII

Coryza citrin sans complications

Enfant G..., né le 26 février 1905. Poids : 3.180 grammes.

Entré le 4 mars à l'isolement avec un écoulement nasal jaune citrin, très abondant.

Bains chauds.

Le 5, les sécrétions sont moins fortes ; elles augmentent le 9,

rendant la succion difficile, température 38° 2. Bains chauds. Lavages du nez.

Le 11, température 39° 9. Très mauvais état général ; allaitement impossible, accès de cyanose. Frictions à l'alcool.

Très fort accès de cyanose le 12 mars à 1 heure du matin : l'enfant se refroidit. Nouvel accès à 3 heures et mort à 3 heures 1/2.

OBSERVATION XXIV

Coryza avec augmentation du poids de l'enfant

Enfant G..., né le 28 mars 1905. Poids 3.000 grammes. Un peu de rougeur du nez et quelques éternuements le 3 avril. Température 37° 3.

Le 8, écoulement citrin, peu abondant, mais légère tendance à la cyanose en tétant, température 38 degrés. Lavages à l'eau oxygénée.

Les 9, 10, 11, l'état général s'altère ; a diminué de 50 grammes. Écoulement très abondant. L'enfant qui se cyanose facilement prend difficilement le sein. La température oscille entre 38 et 38° 2.

Du 12 au 17, l'enfant ne peut plus téter, les narines étant tout à fait obstruées, prend difficilement au verre ; se cyanose de plus en plus. Température 38° 3, 38° 5, 39 degrés. Cependant son poids a augmenté.

Le 18, il a augmenté de 75 grammes depuis la veille, bien que ne prenant presque rien.

Ecoulement des plus abondant. Tendance à se refroidir. Température 36° 5. Bains chauds. Révulsion.

Le 19, l'enfant a encore augmenté de 85 grammes, mais il

n'urine plus depuis vingt-quatre heures : s'infiltre, se cyanose sans cesse et meurt à 3 heures de l'après-midi.

OBSERVATION XXV

Coryza avec broncho-pneumonie et otite double

Enfant P..., né le 2 avril 1905. Poids : 3.230 grammes.

Le 7 avril quelques éternuements et un peu de rougeur du nez.

Le 8, léger écoulement clair ; bon état général.

Le 16, écoulement très abondant, franchement citrin, température 39° 9. Signes de broncho-pneumonie.

Allaitement difficile. Lavages du nez à l'eau chaude. Deux bains tièdes. Révulsifs.

Le 17, température 39 degrés. Tendance à la cyanose. Deux bains tièdes.

Le 18, température 38° 6. Ecoulement très abondant. Ne prend que très difficilement le sein et se cyanose facilement; a diminué de 100 grammes en trois jours. Lavages du nez à l'eau oxygénée. Deux bains tièdes.

Le 20, signes d'otite double assez forte. Les sécrétions nasales sont moins abondantes ; la broncho-pneumonie persiste et l'état général reste mauvais. Révulsifs. Deux bains tièdes, lavages à l'eau oxygénée.

Le 21, l'écoulement des oreilles augmente. Les accès fréquents de cyanose empêchent toute alimentation, bien que l'écoulement nasal soit presque nul. L'état général est très mauvais ; épistaxis fréquentes ; œdème généralisé. Tempéra-

ture 37° 5. La nuit est des plus mauvaise. L'enfant se refroidit progressivement : à 3 heures du matin température 36° 2 dans le rectum.

La mort survient le 22, à 11 heures du matin.

OBSERVATION XXVI

Coryza avec broncho-pneumonie. — Convulsions.

Enfant K..., né le 5 avril 1905. Poids : 2.980 grammes.

Le 8, très léger écoulement citrin ; pas de température. Bon état général, pèse 2.800 grammes.

Le 9, les sécrétions sont plus abondantes. Les tétées se font bien, mais l'enfant a perdu 3 grammes.

Le 10, l'état général est moins bon, l'écoulement très abondant. Le bébé tète difficilement et a perdu 11 grammes depuis la veille. Température : 38 degrés.

Le 11, a encore perdu 25 grammes. Température : 39°7. Ecoulement incessant ; accès de cyanose. Signes de broncho-pneumonie.

Lavages. Deux bains tièdes. Révulsifs.

Le 13, l'état s'aggrave. Vomissements répétés. L'allaitement est impossible ; on doit essayer du gavage. Fréquents accès de cyanose. L'enfant se refroidit : température : 36°4 dans le rectum. La nuit est très mauvaise ; refroidissement progressif. A 4 heures du matin, température : 36 degrés. Vomissements. Légères convulsions. Cataplasmes sinapisés. Frictions à l'alcool.

L'enfant meurt le 14 avril à 11 heures du matin, après six jours de maladie.

OBSERVATION XXVII

Coryza avec otite double chez un prématuré.

Enfant H..., né le 2 avril avant terme. Poids : 2.300 grammes. Est mis en couveuse.

Est pris seulement dans la matinée du 28 avril d'un abondant écoulement citrin. Température: 39°5. Otite double, devenue rapidement intense. Œdème de la face. Accès incessants de cyanose. Impossibilité de le nourrir.

Il meurt le 29 avril à 3 heures du matin, à peine vingt-quatre heures après le début de l'infection.

OBSERVATION XXVIII

Coryza et conjonctivite

Enfant G..., né le 18 avril 1905. Poids: 2.680 grammes.

Le 24, le nouveau-né présente une légère rougeur des narines, avec un peu de sécrétion claire; de l'ictère. Il a depuis la veille une conjonctivite gauche.

Le 25, l'écoulement nasal devient franchement citrin et rapidement très abondant. Température, 38 degrés. Poids, 2.550 grammes.

Le 26, les tétées sont difficiles, il a perdu 50 grammes. Lavages à l'eau oxygénée.

Les deux yeux présentent de la conjonctivite assez forte.

Le 28, conjonctivite gauche intense. Impossibilité de se nourrir. Crises d'asphyxie. Refroidissement notable. A diminué de 75 grammes depuis la veille. La journée du 1er mai est

encore plus mauvaise ; le refroidissement s'accentue (36°1 dans le rectum à 10 heures du soir).

Mort le 2 mai à 5 heures du matin.

OBSERVATION XXIX

Coryza avec broncho-pneumonie et conjonctivite double.

Enfant D..., né le 20 avril 1905. Poids : 3.150 grammes.

Le 25 avril, quelques éternuements ; légère rougeur nasale.

Le 26, très léger écoulement citrin qui persistera avec un bon état général jusqu'au 24 mai. Pendant ce temps, sauf un peu de sécrétion citrine, l'enfant se porte très bien, augmentant régulièrement de poids.

Le 24 mai, on constate, le matin, un peu de conjonctivite des deux yeux, et, seulement dans l'après-midi, l'écoulement nasal devient très abondant. La température est à 39° 9. L'enfant tousse ; il y a des signes de broncho-pneumonie. Lavage oculaire au sérum et au nitrate d'argent à 1 pr. 150. Lavage nasal à l'eau oxygénée. Deux bains tièdes. Deux cataplasmes sinapisés.

Le 26, même état.

Le 27, la conjonctivite entre en voie de guérison. Peu de changement dans l'état général.

Du 28 au 30 la conjonctivite est guérie. La broncho-pneumonie et la sécrétion nasale persistent. Température oscillant entre 39 et 39°8.

Le 31 l'écoulement citrin est moins intense, mais la broncho-pneumonie s'aggrave. Température 40 degrés. Dyspnée très forte ; accès de cyanose. Deux bains tièdes. Enveloppement humide. Révulsion.

Le 1er juin l'enfant est pris d'une violente hémorrhagie à 1 h. 3/4 de l'après-midi, suivie rapidement d'une crise d'asphyxie et de la mort un quart d'heure après.

OBSERVATION XXX

Coryza compliqué de broncho-pneumonie et d'otite double

Enfant L..., né le 13 juin 1905. Poids : 2.375 grammes.

Le 21 juin, écoulement citrin, peu abondant le matin, puis, augmente dans la soirée. Vaseline mentholée. Lavage à l'eau oxygénée.

Le 22, les sécrétions sont incessantes et en très grande quantité. L'enfant a un très grave accès de cyanose après un lavage nasal et est très difficilement ranimé. Poids : 2.200. Température normale.

Le 25, otite double légère, mais écoulement nasal très abondant. Tète avec beaucoup de difficulté.

Le 29, l'enfant tousse; l'état général s'altère rapidement. Température : 39°7. Broncho-pneumonie intense. S'asphyxie très facilement.

Lavages à l'eau oxygénée, deux bains tièdes. Cataplasmes synapisés.

La nuit est détestable ; l'enfant se cyanose continuellement ne pouvant absolument rien prendre et il meurt le 30 à 10 h. 1/2 du matin.

OBSERVATION XXXI

Coryza avec conjonctivite double

Enfant V..., né le 22 novembre 1906. Poids : 2.980.

Le 29, conjonctivite double intense. Des deux yeux s'écoulent un pus abondant et très épais.

Lavages toutes les deux heures au sérum et au nitrate d'argent à 1/150.

Le 30, apparaît subitement un très abondant écoulement nasal de couleur citrine, rendant rapidement l'allaitement difficile.

L'ophtalmie semble être un peu moins forte.

Le 1er décembre, les yeux vont meiux, mais l'état général est très mauvais ; les accès de cyanose très fréquents. Par suite de l'abondance des sécrétions, l'alimentation devient presque impossible. L'enfant a tendance à se refroidir. Lavages et révulsion. Dans la nuit, une forte crise d'asphyxie fait croire que l'enfant va mourir. Par d'énergiques frictions à l'alcool on n'arrive qu'avec peine à le ranimer, et la mort survient le 2, à 11 heures du matin.

§ 5. — *Traitement.*

Tout d'abord l'enfant devra être immédiatement et rigoureusement isolé.

Cherchant à désobstruer les narines on devra de suite entreprendre les lavages du nez sous faible pression : eau boriquée, solution de bicarbonate de soude, de résorcine à 1/100. Budin en 1904 conseillait l'emploi du sublimé à 1/4000. Mais il faisait irriguer les fosses nasales non d'avant en arrière, mais d'arrière en avant grâce au tube de Brindeau. Ce tube a la forme d'un crochet et on l'introduit par la bouche, derrière le voile du palais.

Laurens et Pierra conseillent la vaseline mentholée à 1/100 ou l'huile résorcinée à 1/50. Budin se

servait de la vaseline iodoformée à 1/10. On peut aussi se servir de l'eau oxygénée neutralisée et coupée de quatre fois son volume d'eau.

Dans le cas d'infection intestinale, on fera des lavages de l'intestin.

Il faudra essuyer souvent les narines de l'enfant qui devra être couché tête haute pour empêcher la pénétration du pus dans les bronches.

On combattra les symptômes généraux par les révulsifs, les stimulants. On tentera les injections de sérum physiologique pour essayer d'enrayer la dénutrition et la perte de poids.

Si cependant on avait affaire à une rhinite blennorrhagique il serait bon, après les lavages nasaux à l'eau bouillie, d'insuffler un peu de la poudre suivante (Lermoyez) :

Nitrate d'argent.... 0 gr. 50.
Talc..... 25 gr.

Les instillations de permanganate de potasse, les badigeonnages de protargol et de collargol pourraient rendre également de bons services.

CHAPITRE III

Le Coryza syphilitique

---

§ 1er — *Etiologie. — Pathogénie*

Le seul facteur étiologique de cette variété est la syphilis, syphilis héréditaire.

Bouchard, puis Trousseau dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, avaient indiqué l'apparition de ce coryza comme première manifestation de la syphilis du nouveau-né.

Pour Romniciano le coryza serait, en cas de syphilis héréditaire, pour ainsi dire constant.

Il est parfois le premier symptôme, quelquefois le symptôme unique, comme l'avait fait remarquer West. Cet auteur écrivait en 1848 que dans certains cas le coryza « constituait à lui seul toute la maladie. »

En 1888, Miller (1), sur mille enfants syphiliti-

1. Miller. *Jah. fur. kind. heilkunde*, 1888.

ques observés à la crèche de Moscou, a trouvé le coryza spécifique dans 58 o/o des cas.

Hochsinger (1) en 1900 écrit sur ce sujet : « Le coryza syphilitique est le premier signe clinique chez les enfants venant au monde sans syphilis manifeste. Il apparaît plus tôt que le premier exanthème, s'accompagnant souvent d'une pâleur blafarde des téguments et d'un gonflement de la rate. »

A l'examen des cavités nasales, on trouve une muqueuse rouge, livide, gonflée, ramollie, siège d'ulcérations superficielles saignant au moindre contact. Il y a infiltration diffuse inflammatoire de tout le revêtement muqueux des narines. Cette infiltration débute par la paroi antérieure, puis apparaît la suppuration bientôt suivie de l'érosion et de la déformation. La peau du nez est, dans sa totalité, ratatinée et rétractée de telle sorte que, la pointe du nez est en arrière et en haut de sa position normale. A la longue, les cartilages de la cloison deviennent membraneux si bien que les doigts peuvent faire remuer la pointe du nez dans toutes les directions. Ces faits ont été observés par Hochsinger 62 fois chez 256 nouveau-nés syphilitiques.

L'écoulement nasal est formé de matières sanieuses, purulentes et de sang : on y trouve des globules du pus, des débris épithéliaux, mais aucun microbe spécial.

1. Hochsinger. *Leipsig und Wien. Die. hereditare nasen-syphilis.*

A l'examen cadavérique, la muqueuse, tuméfiée, de coloration ardoisée, livide, présente à sa surface des ulcérations peu étendues et peu profondes, à bords taillés à pic et recouvertes d'un exsudat jaunâtre, diphtéroïde.

Les lésions du squelette ont été signalées depuis longtemps : Bertin (1) les avait remarquées, Trousseau (2) les décrit de la façon suivante : « Les ulcérations de la muqueuse peuvent pénétrer jusqu'aux os, en provoquer la carie, détruire partiellement le vomer, les cornets... et, à la suite de ces graves lésions, entraîner la névrose même du maxillaire. »

Dans les cas de lésions du squelette, voici comment le professeur Fournier décrit les différents types qu'il a observés :

a) La perte de la sous-cloison nasale détermine l'abaissement de la pointe du nez et l'on a alors le « nez de perroquet » ;

b) La destruction des os propres du nez peut amener un aplatissement spécial de la base de l'organe et de là un relèvement de la pointe, d'où le nez dit « camard » ;

c) Quand le cartilage de la sous-cloison est détruit, il se produit une sorte d'enfoncement des deux segments l'un dans l'autre. Le segment inférieur remonte, rentre dans le supérieur avec production

---

1. Bertin. *Maladies vénériennes des nouveau-nés*. Paris, 1891.

2. Trousseau et Lasègue. *Archives de Médecine*, 1887.

au niveau de la racine du nez d'une sorte de bourrelet : on aura le « nez en lorgnette ».

Mais les lésions osseuses sont très rares. West et, plus tard, Trousseau et Lasègue n'en signalent qu'un seul cas. Parrot n'en a également observé qu'un seul cas sur 200 cas de coryza syphilitique. L'Allemand Hochsinger en rapporte 6 observations sur 300, mais alors les lésions existaient déjà dans la sixième, dixième, onzième semaine de la vie.

Casacca (1) cite, s'appuyant sur une observation de Darier, la présence parfois de lésions hyperémiques du tissu lymphoïde du naso-pharynx surtout représenté par la glande de Luschka. A l'autopsie de l'enfant on avait trouvé : « l'amygdale de Luschka rouge, tuméfiée, formant des circonvolutions saillantes séparées par des sillons profonds. Les fosses nasales par contre et les amygdales paraissaient normales ».

§ 2. — *Description clinique. Evolution.*

De début le plus souvent insidieux, la rhinite spécifique peut aussi commencer parfois d'une façon brusque et bruyante.

D'abord légèrement enchifrené, l'enfant éternue un peu, puis apparaît bientôt un très léger écoulement clair.

---

1. Casacca. Thèse de Paris, 1898. *Coryza syphilitique du nouveau-né.*

A quel moment cette manifestation syphilitique va-t-elle se montrer ?

Pour beaucoup d'auteurs le coryza est précoce. Doublet et Bertin l'ont observé au cours de la seconde ou troisième semaine. Rayer l'a vu au huitième jour. Trousseau et Lasègue, vers le quinzième, vingt-troisième ou trente cinquième jour, et ils en conclurent que rarement cette maladie se montre du premier au quinzième jour après la naissance et exceptionnellement après le neuvième mois. Trousseau en a pourtant observé un cas au dixième mois.

En Allemagne, Hochsinger en a, sur 65 cas, observé 38 qui étaient congénitaux et quatre autres, apparus dans les quatre premières semaines.

Dans les trois observations recueillies à la clinique Tarnier nous voyons la rhinite spécifique survenir une fois, trois jours après la naissance (obs. XXXIV), une fois quatre jours après (obs. XXXVI), et une fois le lendemain même (obs. XXXV).

D'autres, comme Jeannin, prétendent par contre que le coryza syphilitique n'est pas observé à la naissance et que son apparition est toujours tardive.

Une fois établi, l'écoulement nasal, tout en restant limpide, augmentera d'intensité ce qui rendra difficile la respiration qui va devenir bruyante, ronflante. Dès le début de la maladie, l'enfant a un aspect particulier. La peau, surtout celle du visage, devient terne, recouverte d'une teinte bistrée. Cette coloration est surtout manifeste au bas du front, sur le nez, les paupières et les joues.

De transparentes, les sécrétions deviennent bientôt séro-purulentes, elles s'épaississent, deviennent jaunes verdâtres et parfois sont striées de sang. Alors peuvent survenir des écoulements sanguins répétés qui, selon le cas rapporté par Trousseau, pourront avoir la forme d'une véritable épistaxis. Regardé comme pathognomonique par la plupart des auteurs, cet écoulement sanguinolent est considéré par Darier comme absolument rare.

A mesure que la maladie évolue, la sécrétion nasale devient de plus en plus sanieuse, se concrétant en croûtes brunâtres ou verdâtres oblitérant l'orifice nasal. Ces croûtes adhèrent fortement aux téguments de la lèvre supérieure qui saigne au moindre grattage.

Irritées par l'écoulement incessant du pus, les ailes du nez, les lèvres, rougissent, puis se fendillent, pour bientôt présenter de petites ulcérations recouvertes de croûtes.

D'abord épidermiques ces ulcérations deviennent bientôt muqueuses.

Nous retrouverons de plus ici, comme dans tout coryza grave, les mêmes symptômes de cyanose et d'asphyxie et la même gêne de la respiration et de la succion.

Parfois aussi l'allaitement au sein sera impossible et la nutrition à la cuiller très pénible.

La fièvre n'existe pas : la rhinite spécifique est apyrétique.

L'*évolution* est longue car le passage à la chroni-

cité est le propre de cette variété. Bien que bénin parfois, la rhinite spécifique n'a pas de tendance à la guérison spontanée.

Tantôt c'est après quelques semaines et tantôt au bout de longs mois que l'on observera les lésions internes.

Ce ne sera jamais avant un temps très long que la guérison surviendra, heureux encore quand l'enfant ne restera pas défiguré.

Par suite de certaines complications (asphyxie, broncho-pneumonie...) la mort peut parfois survenir rapidement.

Nous l'avons observée trois jours après la naissance au milieu d'un accès de cyanose (obs. XXXV). Mais le plus souvent ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines que l'issue fatale arrive.

OBSERVATION XXXII (Bouchut)

Coryza spécifique tardif. — Guérison

Enfant âgé de quatre mois. Il était maigre, chétif, pâle et présentait sur le corps un grand nombre de taches jaunâtres, cuivrées, résultat de cicatrices d'anciennes ulcérations.

Il avait sur la face plusieurs syphilides, et sous la lèvre une pustule plate, jaunâtre, avec érosion du derme.

A la face dorsale de l'un des doigts on voyait une ulcération profonde, à bords rouges, à fond grisâtre, reposant sur une base indurée.

L'orifice des narines était obstruée par des croûtes noirâtres de

sang desséché, détruites à chaque instant et aussitôt reformées.

La respiration était embarrassée, sifflante, l'allaitement très pénible.

Sous l'influence du traitement local et général, ces phénomènes disparurent au bout de deux mois et l'enfant sortit à peu près guéri.

OBSERVATION XXXIII (Bouchut)

Coryza et ulcération au périnée. —Guérison

La mère a présenté des lésions spécifiques. Elle a eu une première enfant morte à dix-sept mois de fièvre cérébrale.

Valentine, sa seconde fille, est née le 10 février 1842. Le 25 ou le 26, par conséquent quinze jours environ après sa naissance, cette enfant est prise d'un coryza abondant avec gêne extrême de la respiration et écoulement purulent bientôt sanguinolent ; par intervalles même, léger écoulement de sang pur.

Dans les premiers jours d'avril, la mère voit survenir des taches rouges assez nombreuses dans le pli des fesses, puis une ulcération assez superficielle dans la partie médiane de la voûte palatine, près du voile du palais.

8 avril. — Respiration nasale impossible, sécrétion purulente abondante. On touchera l'ulcération palatine avec le crayon de nitrate d'argent. M. Nélaton prescrit à l'intérieur 0,05 d'iodure de potassium à prendre tous les jours.

Le 11 avril, pas grand changement. L'enfant a un peu de muguet traité par un mélange de miel rosat et d'acide chlorhydrique.

Le 17, l'enfant continue à avoir un écoulement purulent très abondant par le nez : l'ulcère de la voûte palatine se cicatrise mais les deux yeux présentent de la conjonctivite depuis la veille. Collyre d'azotate d'argent à 0,30 porté avec un pinceau matin et soir.

Le 25, la voûte palatine est guérie ; il en est de même des ulcérations anales ; l'air passe dans les fosses nasales, l'écoulement est bien diminué.

L'iodure est cessé le 19 mai et l'enfant sort guérie le 5 juin avec sa mère qui est guérie aussi de son côté.

OBSERVATION XXXIV (personnelle)

Coryza spécifique. — Erysipèle. — Mort.

L'enfant M... est née en ville le 27 novembre 1904 pesant 2.920 grammes. Sa mère nous la fait voir le 2 février 1905. Cette enfant aurait eu son nez pris trois jours après sa naissance et jamais l'on a pu arrêter la sécrétion assez peu abondante du reste. Mais depuis plusieurs jours l'écoulement nasal a augmenté et l'enfant ne veut plus téter.

On ne peut avoir de renseignements précis sur la spécificité des parents.

Du 2 au 11 février l'état s'aggrave. L'enfant ne boit qu'au verre, dépérit, a de la diarrhée verte. Des croûtes épaisses obstruent l'orifice du nez, descendant jusque sur la lèvre supérieure. Glaires épaisses, sanguinolentes.

Lavages du nez à l'eau bouillie et instillations de la solution de nitrate d'argent. Frictions mercurielles. Le 12, la situation devient subitement des plus mauvaise. Température,

39°5, apparition d'un érysipèle intense sur la face et sur le cuir chevelu. Accès fréquents de cyanose. L'enfant meurt le lendemain à 3 heures de l'après-midi, mais l'autopsie ne peut être faite.

On remarquera ici, contrairement aux assertions des auteurs, une élévation de température, mais ce fait nous paraît plutôt relever du domaine de l'érysipèle que du fait même du coryza.

OBSERVATION XXXV (personnelle)

Enfant B..., né le 24 mai 1905, de mère nettement syphilitique. Poids 2.685 grammes.

Dès le lendemain de sa naissance, son nez se met à couler. De coloration d'abord claire, les sécrétions deviennent rapidement puriformes. Accès légers de cyanose. Vomissements fréquents.

Bains sinapisés. Lavages nasaux. Traitement spécifique.

Le 26, l'enfant ne pèse que 2.440 grammes. Le facies est grippé, facies de « petit vieux ». On remarque sur la figure et le corps des plaques verdâtres. Le foie est gros, ainsi que la rate. L'enfant est dans l'impossibilité de téter, se cyanosant à tout moment.

Il meurt dans la nuit au milieu d'une crise d'asphyxie.

L'autopsie ne put être pratiquée.

OBSERVATION XXXVI (personnelle)

Enfant H..., né le 25 juin 1906 de mère syphilitique. Poids, 2.700 grammes.

Dès le 29, le bébé éternue et a son nez qui coule légèrement.

Le 30, l'écoulement est plus abondant, mais clair, et l'enfant n'en paraît nullement incommodé.

1er juillet. — En même temps que l'enfant prend une teinte légèrement bistrée, la sécrétion nasale devient purulente ; il y a formation autour du nez de croûtes épaisses et verdâtres. On est obligé de le gaver pour le nourrir.

De plus il présenta des ecchymoses nombreuses, siégeant :

1° Au niveau de la face postérieure des deux bras ;

2° A la face dorsale du pied gauche ;

3° A la partie inférieure de la région thoracique latérale gauche.

Lavages du nez. Frictions mercurielles. Révulsifs.

2 juillet. — Son nez laisse écouler un liquide purulent avec des sérosités sanglantes ; il se refroidit progressivement et meurt à 2 heures de l'après-midi.

Autopsie. — On constata une altération très forte de la muqueuse nasale et des cartilages du nez.

Les poumons, les reins et le cerveau sont très congestionnés.

Le cœur est normal. La rate et le foie sont légèrement hypertrophiés.

§ III. — *Pronostic. — Complications.*

Le pronostic est toujours grave et cela doublement : d'abord parce que l'enfant est en puissance de syphilis et, par suite, exposé à tous ses dangers et grave aussi, en dehors de l'obstacle qu'il crée à la

respiration et à l'allaitement, par suite des lésions mécaniques du nez.

La mort est fréquente : sur neuf observations que nous citons ici nous la voyons survenir cinq fois.

Plusieurs complications peuvent survenir au cours de la rhinite spécifique :

1° *Complications immédiates, locales.* — Ce sont : l'érythème jambonné, les fissures faciales, la rhinite postérieure ;

2° *Complications de voisinage.* — On aura : l'otite, la conjonctivite, les kératites, le spasme de la glotte ;

3° *Complications à distance.* — Elles sont des plus nombreuses et fort graves pour la plupart. On peut les diviser en :

a) *Troubles cérébraux.* — Convulsions ; méningite ; thrombus des sinus ;

b) *Troubles gastro-intestinaux.* — Entérites, vomissements ;

c) *Troubles pulmonaires.* — La broncho-pneumonie surtout. C'est là la complication la plus fréquente rendant le pronostic presque toujours fatal.

OBSERVATION XXXVII

(Casacca)

Coryza spécifique. — Broncho-pneumonie. — Mort.

Née le 30 mars, la nommée C..., entre à l'hospice des Enfants-Trouvés le 29 août, avec un coryza spécifique intense et de plus de la roséole et des plaques muqueuses. Elle succombe à l'âge de deux mois.

Autopsie. — Pas de lésions viscérales spécifiques.

Engouement pneumonique à la partie supérieure du poumon droit : broncho-pneumonie.

OBSERVATION XXXVIII

(Casacca)

Coryza spécifique. — Broncho-pneumonie — Mort

L'enfant G..., âgé de deux mois, entre à la crèche des enfants trouvés avec du coryza et de la toux. Légères lésions spécifiques. Bientôt signes de broncho-pneumonie, dyspnée et mort.

Autopsie. — Poumon droit : carnification de la partie postérieure, du lobe inférieur et de la base du lobe supérieur.

Le poumon gauche présente aussi quelques points de carnification, le tissu carnifié n'est pas insufflable.

Les fosses nasales sont très rouges, les méats sont remplis de muco-pus, on ne voit toutefois ni ulcérations, ni pseudo-membranes, ni ulcérations plus profondes des os.

4° *Complications osseuses.* — Rares comme nous l'avons vu, elles affectent les différents types décrits par Fournier (nez de perroquet, nez camard, nez en lorgnette).

Casacca dans sa thèse sur le coryza spécifique héréditaire du nouveau-né, empruntant une observation à la thèse de Ripault, cite une complication très rare : *l'ethmoïdite.*

Chez un enfant on avait eu à remarquer peu après sa naissance un coryza peu abondant mais tenace, persistant, auquel la mère, du reste, n'avait pas fait attention. A son arrivée à la clinique ophtalmologique de Lariboisière il avait quatre mois et présentait un volumineux abcès sur la paupière supérieure droite qui datait de trois semaines et donnait du pus abondant et bien lié. Par l'exploration on trouve une surface osseuse dénudée sur la paroi interne de l'orbite, en arrière de la région du sac. La spécificité ne semblait pas faire de doute et le traitement par la liqueur de Van Swieten, puis les frictions font rétrocéder très rapidement l'affection. Cet enfant rendit par le nez quatre petits séquestres.

En dehors de ces complications la mort peut survenir, selon le mot de Trousseau, par le fait de la *cachexie séreuse*.

§ 4. — *Diagnostic.* — *Traitement*

Le diagnostic est souvent aisé quand bien même le coryza serait la seule manifestation spécifique. Et pour cela rappelons quelques-uns de ses caractères spéciaux : bilatéralité, apparition insidieuse à la fin de la deuxième ou la troisième, quatrième semaine, évolution apyrétique et essentiellement chronique, écoulement épais, parfois sanguinolent provoquant des ulcérations, présence de croûtes jaunâtres, par-

fois brunâtres, très adhérentes. L'interrogatoire très serré des parents devra toujours être fait.

Le coryza simple va plus vite.

Le coryza purulent sera parfois accompagné de fièvre, aura une marche plus rapide et des sécrétions purulentes non sanguinolentes.

Parfois cependant on peut avoir affaire à un coryza purulent à marche chronique.

Le Gendre cite l'observation suivante rapportée par Hénoch :

OBSERVATION XL (Le Gendre)

Cet auteur a vu un enfant de six semaines nullement suspect de syphilis, souffrant depuis quinze jours d'un flux séreux jaunâtre, s'écoulant de la fosse nasale droite, la gauche étant indemne. La respiration était difficile et l'allaitement pénible. Ce ne fut qu'au bout de quinze jours, grâce aux badigeonnages de la fosse nasale droite au nitrate d'argent, que la guérison survint.

Le Gendre possède plusieurs observations de ces coryzas non spécifiques ayant duré très longtemps chez des enfants à fosses nasales sans doute mal conformées.

Si donc il ne faut pas méconnaître la rhinite spécifique, encore ne faut-il pas la voir, dans tous les cas, là où souvent il n'y a qu'un coryza simple de durée inusitée.

L'examen attentif, les commémoratifs suffiront à découvrir les corps étrangers du nez.

Traitement. — Et d'abord et avant tout, l'enfant ne devra téter que sa mère qui sera, elle aussi, soumise au traitement spécifique.

1° *Traitement général.* — La plupart des auteurs donnent à l'enfant la liqueur de Van Swieten. On commencera par dix gouttes par jour à raison d'une goutte par prise dans un peu de lait. Peu à peu on pourra monter jusqu'à quarante gouttes par jour (Le Gendre).

S'il y avait de l'intolérance gastrique, on ferait des frictions à l'onguent napolitain sur les flancs et les parties latérales du thorax.

P. Tissier recommande de faire prendre à l'enfant, outre la liqueur de Van Swieten, une goutte, deux fois par jour, dans du lait, de teinture d'iode.

D'autres donnent l'iodure de potassium.

2° *Traitement local.* — On désobstruera les narines soit par des lavages nasaux à l'eau bouillie, à l'eau boriquée, l'eau oxygénée étendue, soit par des douches nasales données d'arrière en avant avec l'appareil de Brindeau.

Il faudra de plus modifier la muqueuse soit par les cautérisations au nitrate d'argent à 1/200, 1/100 ou même 1/40 (Gastou), soit par les instillations de calomel, de bicarbonate de soude et de talc réunis, soit selon Lermoyez de la poudre suivante :

Iodoforme.....	1 gr.
Benjoin.....	3 »
Acide borique.....	10 »

On devra empêcher les complications locales en protégeant les lèvres avec de la vaseline neutre ou des poudres inertes.

Les enfants devront être tenus très proprement et couchés tête élevée.

Chaque complication, bien entendu, aura le traitement qui lui convient.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède nous pouvons conclure :

1° Le coryza, même le plus léger, n'est pas une maladie négligeable.

2° La rhinite infantile est une maladie relativement fréquente causée principalement par le froid. Aussi il ne faut jamais, chez le nouveau-né, oublier les règles les plus élémentaires de l'hygiène. On devra se méfier des refroidissements et pour cela ne pas sortir le bébé trop tôt après sa naissance dans les saisons froides et humides et ne jamais le laisser dans un courant d'air. L'enfant devra toujours être suffisamment couvert.

Il faudra aussi faire attention aux hautes températures, et l'été, bien protéger l'enfant des rayons du soleil.

Les bains et les lavages fréquents sont toujours une très bonne chose à condition qu'ils soient bien faits.

3° Le traitement devra surtout être très énergique dans le cas de coryza purulent. Avant toute chose, on doit chercher à obtenir la désobstruction des nari-

nes pour favoriser la respiration et l'allaitement. Jamais de douches nasales sous forte pression, mais de simples lavages nasaux pour éviter les accidents auriculaires et autres.

4° Les meilleurs lavages du nez sont faits avec une simple seringue en verre ou avec l'appareil de Brindeau.

5° Toujours l'enfant devra être couché sur un plan incliné, la tête plus élevée que les pieds. Lavages fréquents des yeux et onctions répétées du pourtour du nez et de la lèvre supérieure, avec de la vaseline boriquée.

6° Si l'on doit proscrire l'emploi de la cocaïne seule, l'on pourrait cependant, à l'exemple des Allemands, essayer la solution d'alypine-cocaïne à 5/100 qui aurait l'immense avantage de produire une très rapide désobstruction des fosses nasales.

7° Les coryzas purulents peuvent être d'origine maternelle, d'origine gonococcique. Chez une mère suspecte il faudra, au moment de la naissance de l'enfant, bien lui désobstruer les fosses nasales des mucosités qui les encombrent. Le meilleur moyen est le tube de Chaussier.

8° Les infections mammaires maternelles pourraient être cause de rhinite pour l'enfant.

9° Le coryza purulent est fort grave, la mort, fréquente, est causée surtout par la broncho-pneumonie.

10° La plus dangereuse variété de rhinite est la rhinite à écoulement citrin. La mortalité sévit dans

l'énorme proportion de la moitié au tiers et est causée le plus souvent par la broncho-pneumonie.

11° Le coryza citrin n'est pas un coryza gonococcique. Il est produit par un microbe spécial : le staphylococcus pyogenes aureus ; jamais il n'y a de parallélisme entre lui et l'ophtalmie purulente. Seules les affections mammaires peuvent, en dehors du froid, en être la cause.

12° Tout enfant atteint de coryza sera isolé de suite.

13° La rhinite spécifique est souvent la première manifestation de la syphilis héréditaire du nouveau-né.

D'apparition précoce, congénitale pour certains, elle revêt une marche essentiellement chronique et est toujours apyrétique et le plus souvent bilatérale.

14° Tout enfant qui sera atteint de coryza syphilitique ne devra téter que sa mère qui sera mise au traitement spécifique.

15° Loin d'être la règle, les lésions osseuses et cartilagineuses sont au contraire l'exception.

16° Le diagnostic est important à faire tant au point de vue prophylactique, que thérapeutique, surtout s'il était question de donner l'enfant à une nourrice. S'il y avait doute, mieux vaudrait, la mère ne voulant ou ne pouvant nourrir, faire l'allaitement artificiel.

17° S'il ne faut pas méconnaître la rhinite spécifique, encore ne faut-il pas la voir partout et se rappeler qu'il y a certains coryzas purulents à marche

longue, de durée inusitée et qui pourtant ne sont nullement syphilitiques.

18o En dehors du traitement local, l'enfant doit être soumis au traitement général.

Vu : le président de la thèse,
GAUTIER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Budin. — Le Nourrisson.

Jeannin. — L'obstétrique, nº 6, année 1906.

Lemoine. — Pathologie interne. Livre 1er.

Simon. — Maladie des Enfants.

Barthez et Rilliet. — Maladie des Enfants.

Trousseau et Lasègue. — Archives, 4e série, tome XV. Du coryza syphilitique.

Billard. — Traité des Maladies des Enfants, 2e édition.

Vallex. — Guide du médecin praticien, tome I.

West. — Maladie des Enfants.

Vogel. — Maladie de l'Enfance.

Depaul. — Article Nouveau-né (in Dict. encycl. des sciences médicales).

Mémentos Thérapeutiques (Journal des Praticiens, 1905).

Lermoyez. — Traité des Maladies de l'Enfance, 2e édit., t. III.

Castex. — Maladies du Larynx, du Nez et des Oreilles.

Le Gendre. — Les coryzas chez les petits enfants (Revue d'Obstétrique, 1888, t. I).

Chambon. — Traité des maladies des Enfants, an VII.

Rayer. — Note sur le coryza des enfants à la mamelle, 1820.

Barrier. — Traité des maladies de l'enfance, 1861.

Rosen de Rosenstein. — Traité des maladies des enfants. Paris, 1778.

Cazenave. — Sur le coryza chronique non vénérien. Paris, 1835.

Bouchut. — Maladies des nouveau-nés.

Schaper. — Du coryza. Rostock, 1711.

Lemonnier (Ch.). — Dissertation sur le coryza. Thèse de Paris. An XI.

Boucher (A.). — Dissertation sur le coryza. Thèse de Paris, 1826.

Chomel et Blache. — Article coryza in Dict. de médecine, 1835.

Camérarius. — Diss. duæ de coryza sicca. Thubingue, 1688-1689.

Paul et Emile Diday. — Article syphilis héréditaire in Dict. encycl. des sciences médicales.

Dupuch-Lapointe. — Lancette française, 1831.

Bouchut. — Symptômes et traitement du coryza des nouveau-nés. Académie des sciences, 18 février 1856.

Auvard. — Le Nouveau-né, 4e édit., 1901.

Casacca. — Le coryza syphilitique héréditaire du nouveau-né. Thèse de Paris, 1898.

Diday. — Traité de la syphilis des enfants nouveau-nés. Paris, 1854.

Tissier (P.). — Syphilis héréditaire. Gaz. des hôpitaux, 1896.

Rosen. — Traduction de Willebrune. Paris, 1750.

Trousseau. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, t. III.

Capuron. — Maladies des enfants. Paris, 1875.

Doublet — Maladies vénériennes des nouveau-nés. Paris, 1750.

Hochsinger. — Der hereditäre Nasensyphilis der Neugeborenen und Saüglinge. Leipsig und Wien 1900.

Ballin. — Therapie der Gegenw. H. 2 F t. 2, 1905.

Turday. — Rhinitiden der Saüglinge.

Wohsen. — Behandlung des Schnupfens des Saüglinge und Kleinenkinder.

Imp. de la Faculté de Médecine Bonvalot-Jouve, 15, Rue Racine, Paris.